FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885 — **THÈSE** N° 307

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1885, à 1 heure

Par Paul PEUGNIEZ

Né à Douai, le 28 octobre 1859



DE L'HYSTÉRIE

CHEZ LES ENFANTS

10

Président : M. CHARCOT, *professeur.*

Juges : MM. { FOURNIER, *professeur.*
RENDU, JOFFROY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Camille LEBAS, Successeur

PARIS

52, boulevard Saint-Michel, 52

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. HARDY. POTAIN. JACCOUD.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires.

MM. GOSSELIN. — BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-DESSAIGNES
BOUILLY	HALLOPEAU	PINARD	RICHELOT
BUDIN	HANOT	POUCHET	RICHET
CAMPENON	HANRIOT	QUINQUAUD	ROBIN (Albert)
CHARPENTIER	HUMBERT	RAYMOND	SEGOND
DEBOVE	HUTINEL	RECLUS	STRAUSS
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY	RÉMY	TERRILLON
GARIEL	KIRMISSON	RENDU	TROISIER
	LANDOUZY	REYNIER	
	LUTZ		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE L'HYSTÉRIE

CHEZ LES ENFANTS

INTRODUCTION

Peu de maladies ont eu autant de peine qne l'hystérie à prendre place comme entité morbide bien définie dans le cadre nosologique. Lorsqu'on commença à l'étudier, elle sembla vouloir se dérober à toute espèce de classification ; il semblait impossible de créer un type auquel on put ensuite comparer les diverses formes qui se présentaient aux observateurs et qui n'en auraient été que des dérivés : comme un *Protée* insaisissable, elle défiait toute description, apparaissant toujours sous de nouvelles formes, semblant varier dans ses manifestations symptomatologiques avec chaque individu qu'elle frappait.

Et cependant, à l'époque actuelle, l'hystérie a définitivement pris rang dans la pathologie nerveuse : ce n'est plus un mot abritant tout un ensemble non classé d'états morbides plus ou moins bizarres et mystérieux : c'est une maladie dont les caractères, maintenant bien déterminés la séparent nettement des autres névroses. Il suffit

de lire les observations publiées, tant en France qu'à l'étranger pour se convaincre que toutes sont calquées pour ainsi dire sur le même modèle ; ça et là, quelques variantes, mais une étude un peu approfondie permet toujours de retrouver le type primitif derrière les modifications apportées par le caractère, la situation l'habitus, morale de tel ou tel malade.

C'est surtout grâce aux travaux de M. Charcot et de ses élèves qu'est apparue clairement au monde scientifique que cette unité de la grande névrose : c'est surtout grâce à l'étude clinique approfondie que ces auteurs en ont faite qu'on a pu la reconnaître et l'étudier là où ne la soupçonnaient même pas les médecins de la Renaissance et du moyen âge : chez l'homme et chez l'enfant.

Et cependant elle existait à cette époque, aussi bruyante, aussi étrange qu'aujourd'hui : on accuse notre siècle d'être le siècle du nervosisme et de l'hystérie. « Il n'y a jamais eu, dit-on, autant de nerveux, autant d'hystériques qu'aujourd'hui. » Les statistiques sur ce point sont difficiles à faire. Mais n'est-ce point plutôt parcequ'on sait mieux retrouver la névrose là où elle existe, qu'elle paraît plus fréquente ? Combien de cas d'hystérie ont été méconnus ou mis sur ce compte du surnaturel et du merveilleux, avant les travaux modernes ? Il suffit de lire les descriptions laissées par les médecins anciens pour se convaincre que la plupart d'entre eux étaient en présence d'hystériques. Leurs descriptions n'était pas faites de parti pris, avec des idées préconçues et cependant tous les caractères aujourd'hui connus de la névrose s'y retrouvent avec une vivacité frappante. Et c'est encore là une preuve de la similitude

que présentent entre eux tous les malades qui nous occupent à quelque pays, à quelque race, à quelqu'époque qu'ils appartiennent.

Il y a plus : ce que les médecins du siécle dernier avaient remarqué et décrit, les peintres en avaient été frappés et dans plusieurs tableaux de la Renaissance, représentant des saints exorcisant des possédés, chassant des démons, on retrouve dans l'attitude du malheureux possédé une des phases de l'attaque décrite si minutieusement par M. Charcot. Il n'est pas jusqu'aux convulsions de la face qui n'aient été pour ainsi dire saisies sur le vif et nous avons remarqué dans la collection de M. Charcot une esquisse de Rubens représentant une démoniaque, dans laquelle on voit nettement tout le soin qu'a mis l'artiste à rendre le gonflement caractéristique du cou, le prolapsus de la langue, la déviation des yeux, et les gestes par lesquels la malheureuse cherche à arracher de sa gorge, l'étreinte affreuse qui l'étouffe, tous symptômes caractéristiques au plus haut point de l'attaque hystéro-épileptique. Une autre fresque du Dominicain est aussi instructive surtout au point de vue spécial qui nous occupe. Le peintre y a représenté un saint guérissant un possédé, et c'est un enfant, un jeune garçon que l'artiste a pris pour sujet, pour malade. Et ce n'est pas un malade de fantaisie qu'il a fait, c'est un hystérique, dans une des attitudes caractéristiques de l'attaque classique ; on le voit, les bras étendus en croix, les yeux convulsés en haut, et, caractère pathognomonique tout le corps en opistothonos, décrivant une courbure à concavité située du côté du rachis, les pointes des pieds seules touchant le sol, tandis qu'un autre personnage sou-

tient le haut du corps. C'est « l'arc de cercle » de la troisième période de l'attaque hystéro-épileptique.

Ainsi donc, de tout temps, il y a eu des hystériques : on a d'abord cru que c'était aux femmes qu'était réservé le triste apanage d'être frappé par la névrose. Les travaux modernes ont fait justice de ces erreurs. L'homme peut en être atteint. L'enfant lui-même n'en est pas exempt. Déjà un certain nombre de thèses inaugurales, ont dans ces derniers temps attiré l'attention sur l'hystérie chez les petites filles avant la puberté. Il nous a paru intéressant de grouper dans un travail d'ensemble les symptômes de la névrose chez les jeunes garçons et chez les petites filles et de dire quelques mots de l'hystérie infantile en général. Après avoir fait l'étude des symptômes que présente l'hystérie chez l'enfant, nous verrons quel parallèle on peut établir entre la maladie atteignant l'homme au début de la vie et celle qui le frappe à l'âge adulte, et nous essayerons de résumer les principaux symptômes qui permettent de soupçonner la névrose chez l'enfant en voie de développement. Mais avant de poursuivre plus loin cette étude qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements sincères à M. le professeur Charcot à qui nous devons l'idée de cette thèse inaugurale et dont les savants conseils ne nous ont jamais manqué dans le cours de nos études médicales. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons à remercier également M. Marie pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition les matériaux qui nous ont servi à notre étude.

HISTORIQUE

L'hystérie chez l'enfant a existé probablement de tout temps. Mais malheureusement une théorie erronée datant de plus haute antiquité et acceptée jusqu'au siècle dernier par tous les médecins anciens devait laisser dans l'ombre pendant près de mille ans tout ce côté de la question. En effet, depuis Hippocrate jusqu'à Louyer-Villermay, l'utérus étant considéré comme le point de départ incontestable des convulsions hystériques, il en résultait fatalement que la maladie ne pouvait atteindre que les femmes, et les femmes d'un certain âge. « L'hystérie attaque de préférence les vieilles filles, les veuves, les femmes d'un « certain âge plutôt que les jeunes, parce que chez les « premières, la matrice est beaucoup plus légère, » dit Hippocrate (1).

Depuis Hippocrate jusqu'à l'ouvrage de Landouzy (2) sur l'hystérie, quelques auteurs, Rivière, Hoffmann, Cullen, Raulin, rapportent bien quelques cas d'hystérie chez les enfants, mais fascinés par les idées théoriques de l'époque et bien plus désireux de tenir compte des faits en harmonie avec les théories en vogue que de raconter simplement ce que l'observation leur apprenait, ils mirent les cas qu'ils avaient observés sur le compte d'une précocité étrange

1. Œuvres complètes traduites par Littré (*Maladies des femmes*, Liv. I).

2. *Traité de l'hystérie*, Paris, 1846.

dans le développement des instincts génésiques de leurs petits malades, faisant ainsi rentrer l'explication de ces faits dans la théorie des besoins utérins non satisfaits. Mais bientôt des idées physiologiques plus exactes sur l'hystérie commencèrent à avoir cours, et Landouzy fut un des derniers représentants des idées anciennes.

Ch. Lepois, le premier, constate que l'homme peut être frappé d'hystérie, et dès lors, la théorie « utérine » étant du même coup renversée, on commence à parler de l'hystérie chez les enfants.

Landouzy (1), dans un tableau comprenant 351 observations tirées des auteurs qui l'ont précédé, note 48 cas dans lesquels la maladie s'est développée entre 10 et 15 ans et Briquet, (2) qui cite cet auteur, fait remarquer qu'il en omet quatre dont le début remonte avant l'âge de 10 ans.

Georget, dans son traité des maladies du système nerveux rapporte un cas où le début s'est fait à 11 ans, un autre à 9 ans.

Beau rapporte 6 cas remontant tous de 10 à 15 ans.

Briquet apporte un contingent de 87 hystériques du jeune âge, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à 12 ans.

Puis les observations se multiplient dans les publications périodiques aussi bien en France qu'à l'étranger : dans ces dernières années, M. le professeur Charcot, dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière étudiait et complétait l'étude de la maladie se développant dans le jeune âge. Nous citerons enfin, pour terminer ce court exposé historique les thèses

1. *Loc. cit.*
2. *Traité de l'hystérie.* Paris 1859

de M. Paris sur l'hystérie chez les petites filles, de M. Guiraud sur le même sujet, et celles de M. Klein et de M. Batauld qui, dans leurs observations d'hystérie chez l'homme rapportent plusieurs cas où le début remonte à l'enfance de leurs malades.

ETIOLOGIE

Avant de nous demander quelles sont les causes prédisposantes ou déterminantes qui vont faire de l'enfant un hystérique, il peut être intéressant de rechercher s'il n'y a pas dans l'ensemble des conditions anatomo-physiologiques qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler l'enfance, une relation possible avec le développement de la maladie.

La théorie faisant des organes génitaux le point de départ de l'hystérie, qui n'est plus applicable pour les adultes l'est évidemment encore bien moins pour l'enfant. Ces organes sont chez lui à l'état rudimentaire et ne peuvent exercer sur l'économie une action suffisante pour produire les désordres graves de l'hystérie. Du reste, un coup d'œil jeté dans la pathologie générale nous montrera bien vite que grâce à la série considérable des observations publiées jusqu'à ce jour, la doctrine médicale contemporaine ne permet plus de rapporter à d'autres organes que ceux de l'appareil cephalo-rachidien, les symptômes qui n'ont pas

encore trouvé d'explication anatomo-pathologique, de substratum anatomique. C'est donc dans l'appareil nerveux encephalo-rachidien de l'enfant que nous allons chercher une explication du développement de la névrose.

Et d'abord, qu'invoque-t-on, lorsqu'on veut expliquer le développement plus fréquent de l'hystérie chez la femme que chez l'homme? L'examen matériel des organes ne donne pas de différences. C'est dans l'analyse de l'état dynamique de la femme qu'on les rencontre. La sensibilité chez elle est bien plus vive que chez l'homme et elle manque du degré de réaction nécessaire pour dominer ses impressions. Les sensations plus facilement excitées, plus vivement ressenties ont plus de retentissement dans toute l'économie que chez l'homme. « La femme, dit Georget, sent plus qu'elle ne pense, et tout porte coup sur elle. » Il est évident, dit Briquet, que la facilité de la femme à être impressionnée et que le mode particulier de réaction qu'excitent les impressions sont la mesure de la disposition à l'hystérie. La femme est faite pour sentir et sentir c'est presque de l'hystérie.

Eh bien, cette prédominance de la sensibilité chez la femme qui nous explique sa plus grande tendance que l'homme à l'hystérie, nous la retrouvons chez l'enfant? Et bien plus ; ici, nous pouvons presque trouver une explication anatomique. Etmüller disait que les femmes étaient plus sujettes à l'hystérie parce qu'elles avaient un système nerveux plus tendre, plus délicat et plus faible. Cette hypothèse gracieuse ne s'est pas encore vérifiée pour la femme, mais il est incontestable que chez l'enfant, d'après la remarque de Briquet, l'appareil encephalo-rachidien et

ses dépendances ont une activité vitale excessive. De l'époque de la naissance à la puberté, l'encephale quintuple de volume : les actions vitales s'exercent avec une énergie incroyable, les maladies inflammatoires et les affections convulsives y sont très communes.

Voilà une explication tirée pour ainsi dire de preuves stomatiques. Cherchons si dans l'état dynamique de l'appareil encephalo-rachidien de l'enfant, nous n'allons pas trouver d'autres indices expliquant jusqu'à un certain point la naissance de l'hystérie précoce. Au début de la vie, au moment ou les divers appareils sensoriels permettent à l'enfant de se mettre en relation avec le monde extérieur, chaque impression venue du dehors est ressentie avec une intensité d'autant plus grande que l'habitude n'est pas encore venue émousser ce que la perception de l'impression a de trop vif. Tout est sensation pour l'enfant, et toutes les sensations sont chez lui d'autant plus vives qu'elles sont nouvelles. Si l'on ajoute à cette donnée, celle que nous invoquions plus haut, à savoir, qu'à cette époque de la vie, l'appareil encêphalo-rachidien est encore imparfait, on comprendra combien doivent être vives ces sensations toujours nouvelles s'adressant à un système d'organes à peine formé et dépensant déjà une partie de son pouvoir dynamique à son perfectionnement anatomique. Car on sait combien sont différents des cerveaux d'adultes, les cerveaux d'enfants nouveaux-nés. Chez les derniers, tout un ordre des cellules de l'écorce cérébrale fait défaut. Ce n'est qu'avec l'âge, avec l'éducation de l'organe que ces cellules se forment peu à peu et ces créations nouvelles exigent à n'en pas douter une dépense plus ou moins considérable de force.

Dans un état d'éréthisme perpétuel, le système nerveux de l'enfant se trouve dans des conditions telles, que les causes extérieures vont l'influencer et le troubler plus facilement que celui de l'adulte. Ajoutez à cela que la raison manque encore chez lui pour contrebalancer cette disposition : aussi réagit-il avec une intensité hors de proportion avec les sensations perçues. Un rien va faire naître dans ce jeune cerveau les manifestations de la joie la plus intense : le prétexte le plus futile plongera l'enfant dans le chagrin le plus profond : un caprice non satisfait le mettra dans la plus affreuse colère: chez lui, tout sera l'objet du plus vif désir.

« Les enfants, dit Whytt, si on les compare avec les adultes, ont plus de sensibilité et de mobilité dans le système nerveux que ceux-ci. C'est cet état du cerveau et des nerfs des enfants, cette constitution délicate et si faible, qui les rend aussi sujets aux convulsions occasionnées par des causes qui ne seraient pas capables de produire les mêmes effets chez les personnes qui seraient plus avancées en âge. Aussi les enfants peuvent-ils être sujets aux symptômes nerveux ou hystériques les plus violents. »

Il semble, en lisant toutes ces considérations destinées à faire ressortir l'impressionnabilité plus grande, la faiblesse morale et le manque de réaction nécessaire à l'enfant pour dominer ses impressions, il semble disons-nous, qu'on pourrait sans s'éloigner beaucoup de la vérité les appliquer au caractère de l'hystérique adulte. Il est certain qu'entre les deux, l'analogie est grande. L'hystérique au point de vue psychique est restée un peu une enfant : son cerveau manque d'équilibration, de pondération comme celui de l'enfant, toutes les impressions y déterminent

comme chez lui des sensations dont l'intensité est hors de proportion avec la cause qui les a produites et ce défaut d'équilibre qui va faire de la jeune fille une hystérique, fait du cerveau de l'enfant un terrain tout préparé pour y faire fructifier et prospérer le germe qu'y auront déposé toutes les causes qu'on est convenu d'appeler causes prédisposantes de l'hystérie.

Car on pourrait faire aux considérations qui précèdent l'objection suivante : tout ce que nous venons de dire sur l'appareil encéphalo-rachidien de l'enfant est applicable à l'enfant en général. Et cependant tous les enfants ne sont pas hystériques. C'est qu'en effet il faut, pour que l'hystérie se développe, qu'elle trouve un terrain préparé pour elle. L'économie animale présente, soit par le fait de son état dynamique, soit par celui du mode d'être de ses tissus une tendance à subir certaines modifications pathologiques de préférence à certaines autres. Certaines dispositions organiques rendent aptes à contracter certaines maladies ; c'est ce qu'on est convenu d'appeler la prédisposition et c'est à ces dispositions organiques spéciales qu'on donne le nom de causes prédisposantes. Nous allons maintenant les étudier pour ce qui concerne l'hystérie chez l'enfant.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Age. — Occupons-nous d'abord de rechercher quelle peut être l'influence de l'âge sur le développement de l'hystérie chez l'enfant, et pour cela, notons à quel âge remonte l'apparition des premiers symptômes de la névrose dans les observations citées dans la science.

Laudourzy, sur 52 cas d'hystérie, en cite 4 avant 10 ans, et 48 de 10 à 15. Briquet (1), dans ses 87 observations, expose le tableau suivant, relatif à l'époque du début des accidents.

31 dans l'enfance.		
3	à l'âge de	5 ans.
6	»	6 à 7 ans.
11	»	7 à 8 »
6	»	8 à 9 »
9	»	9 à 10 »
4	»	10 à 11 »
17	»	11 à 12 »

Briquet ajoute plus loin que les enfants hystériques représentent numériquement le 1/4 ou le 1/5 du nombre total des hystériques.

Georget relate un cas à 9 ans, un autre à 11 ans. Beau 6 cas de 10 à 15 ans. Paris (2).

3	à l'âge de	7 à 8 ans.
3	»	9 à 10 »
1	»	10 à 11 »
1	»	11 à 12 »

Greffier (3) sur 23 cas, rapporte :

3	à l'âge de.	8 ans.
3	»	9 » 1/2.
3	»	10 »
4	»	11 et 11 ans 1/2.
2	»	12 ans.
4	»	13 »
2	»	15 »

1. *Loc. cit.*
2. Th. de Paris, 1880.
3. *Arch. gén. de méd.* 1882, p. 405.

Klein sur 58 cas, ne trouve pas un seul cas d'hystérie avant l'âge de 12 ans.

Que conclure de tous ces chiffres? C'est qu'il est impossible de fixer un âge de prédilection pour le début des accidents hystériques chez l'enfant. Tout ce qu'il nous est permis d'affirmer, c'est que les symptômes de la névrose apparaissent rarement avant l'âge de six à huit ans et que pour les filles, l'influence de la menstruation est presque nulle sur le développement des accidents. C'est là, du reste la conclusion à laquelle M. Greffier était arrivé dans son mémoire quand il disait : « L'influence de la menstruation ne paraît pas avoir une importance majeure sur le développement de l'hystérie.

Sexe. — Nous avons parlé au début de ce chapitre des causes qui faisaient de la femme un terrain privilégié pour l'éclosion et le développement de l'hystérie. Ces prédispositions morbides, l'enfant les porte déjà en lui à la naissance et tout ce que nous avons dit plus haut pour expliquer la plus grande fréquence de l'hystérie chez la femme peut s'appliquer à la petite fille. Aussi ne nous étonnerons-nous pas, de voir presque toutes les observations d'hystérie infantile rapportées dans la science, être relatives à des petites filles. M. Klein dans sa thèse sur l'hystérie chez l'homme, sur cinquante-huit observations n'en a pas trouvé une seule avant l'âge de douze ans. Néanmoins, l'hystérie existe chez le jeune garçon. Briquet dans son livre cite plusieurs observations d'hommes hystériques chez lesquels la maladie a débuté bien avant l'âge de la puberté. M. Richer dans son livre (1) en a rapporté plusieurs exemples. M. Bourne-

1. *De la grande attaque d'hystéro-épilepsie.*

ville (2) en a relaté deux cas très complets dans le *Progrès médical*. M. Charcot dans des leçons faites à la Salpêtrière a présenté à ses auditeurs plusieurs malades, jeunes garçons hystériques. Nous-mêmes en avons observé plusieurs à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot et dans les observations publiées ci-après, on trouvera de nombreux exemples d'hystérie bien nette chez les jeunes garçons.

Ainsi l'hystérie est plus fréquente chez les petites filles mais on peut l'observer également chez les jeunes garçons. Il semble même d'après nos recherches personnelles qu'elle soit plus fréquente chez les jeunes garçons que chez l'homme adulte et s'il nous fallait résumer l'influence de ces deux facteurs, âge et sexe sur le développement de l'hystérie précoce, nous pourrions dire : L'hystérie dans l'enfance est plus fréquente chez les petites filles que chez les jeunes garçons mais la proportion est moins forte en faveur de celles-ci qu'elle ne l'est si l'on compare entre eux les hystériques adultes de l'un et l'autre sexe.

Hérédité. — C'est surtout et avant tout dans la grande loi si funeste de l'hérédité nerveuse qu'il faut chercher la cause du développement de l'hystérie dans le jeune âge.

« L'hérédité, a dit Esquirol, est la cause prédisposante la plus ordinaire de la folie. » Nous croyons qu'il faut donner un sens plus large à la proposition de l'éminent aliéniste, et l'on peut dire que chez presque tous les malades atteints d'une affection nerveuse, quelle qu'elle soit, on peut toujours retrouver chez les ascendants une autre maladie nerveuse. Et ici, le mot « hérédité » doit être pris dans son sens le plus large et les recherches doivent porter, non

2. Bourneville. *Progr. méd.* 1880, p. 949, et 1882, p. 645.

seulement sur le père et la mère du sujet, mais aussi sur le grand'père, la grand'mère. Oncles, tantes, etc, doivent être interrogés. Il faut remonter quelquefois deux ou trois générations, mais presque toujours les recherches portent leur fruit. Ce n'est pas seulement la maladie dont est frappé le malade qu'il faut demander à ses ascendants, car le nervosisme peut s'être transformé en passant d'une génération à l'autre. Deux cas, en effet, peuvent se présenter : ou bien la même maladie nerveuse se transmet des ascendants aux descendants sous la même forme avec les mêmes caractères : l'épileptique engendrera un épileptique, l'hystérique un hystérique, l'ataxique un ataxique : c'est l'hérédité de similitude. Ou bien, sous l'influence de causes encore mal déterminées, la maladie en changeant de terrain se modifiera : elle frappera toujours le même système d'organes, mais différemment et c'est ainsi que l'on verra l'alcoolique engendrer des éleptiques, l'aliéné des hystériques : c'est l'hérédité de transformation.

Ainsi envisagée, l'hérédité doit entrer en première ligne parmi les causes prédisposantes de l'hystérie infantile. Il suffit de relire les observations de ce genre pour voir que toujours les ascendants du jeune malade portaient une tare nerveuse. Il est bien rare que dans une famille dans laquelle il est impossible de trouver un seul nerveux, on observe un enfant devenant hystérique sous l'influence des causes prédisposantes dont nous parlerons plus loin. Ce n'est pas à dire qu'elles soient négligeables : car là où l'hérédité a préparé le terrain, elles vont être toutes puissantes pour l'aider et le rendre encore plus apte à l'éclosion et au développement de la névrose que fera surgir la cause

déterminante ; ce que l'hérédité seule n'aurait peut-être pu faire, elles vont, aidées par elle, le produire presque fatalement; mais il faut avant tout le concours de l'hérédité, et ce n'est qu'avec lui que l'influence des autres causes prédisposantes va devenir manifeste.

En un mot, supposons deux sujets : l'un, un héréditaire confirmé que l'on soustraira soigneusement à toutes les causes prédisposantes et déterminantes des névroses, l'autre dont tous les ascendants sont indemnes de tares nerveuses, mais que les exigences de la vie soumettront constamment aux causes que nous venons de citer: il est infiniment probable que celui qui succombera, celui que choisira le nervosisme, ce sera l'héréditaire.

D'autres points sont encore à examiner. Parmi les maladies nerveuses des ascendants qui peuvent déterminer l'hystérie infantile chez les descendants, quelle est celle qui y prédispose le plus. Briquet, sur 80 cas d'hystérie chez les enfants, a trouvé 58 cas d'hystérie chez les parents, 2 cas d'aliénation mentale, 5 cas d'épilepsie, ce qui donne une proportion de 28 1/2 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés, la plus large part revenant de beaucoup à l'hystérie.

Dans une autre série de 351 hystériques adultes, dont les familles composaient un ensemble de 1103 personnes, Briquet trouve parmi les ascendants et collatéraux : 214 hystériques, 13 épileptiques, 16 aliénés, 1 alcoolique, 1 paraplegique. 3 somnambules, 14 maladies convulsives, 10 apoplexies, en tout 272 cas d'affections des centres nerveux pour 1103 personnes, c'est-à-dire près de 25 0/0. On peut encore voir dans cette série la grande majorité des

parents hystériques part rapport aux autres nerveux.

Dans un troisième tableau, sur 120 hystériques également adultes, on trouve chez les parents 87 cas d'hystérie, 5 d'épilepsie, 4 d'aliénation mentale ce qui donne une proportion de 27 parents nerveux pour 100.

Enfin dans un dernier tableau, sur 223 hystériques toujours adultes, il existe chez les parents 133 cas d'hystérie, 8 d'épilepsie, 3 de convulsion, 7 d'aliénation ce qui donne une proportion de 19 pour 100 de parents nerveux ; et comme dans les deux premiers tableaux, on voit l'hystérie des parents prédominer de beaucoup comme influence sur le développement de la même maladie chez les enfants.

Ainsi l'hystérie des parents est de toutes les maladies nerveuses celle qui prédispose le plus à l'hystérie infantile, les autres névroses ou affections du système nerveux à substration anatomique connue y entrant également en ligne de compte, bien qu'en moins grande proportion ; mais si nous avons tenu à mettre sous les yeux du lecteur les chiffres de Briquet concernant les hystériques adultes, c'est que nous croyons pouvoir en tirer une remarque importante. L'hystérie infantile relève de l'hérédité dans une proportion plus considérable encore que l'hystérie des adultes. En effet, dans le premier tableau qui concerne l'hystérie chez les enfants, nous trouvons une proportion de 28 1/2 pour 100 de parents nerveux, tandis que cette proportion ne s'élève qu'à 27, 25 et 19 pour 100 dans les autres séries concernant les hystériques d'un âge plus avancé.

Ainsi cette grande loi de l'hérédité, si fatale pour les adultes, paraît l'être encore davantage pour les enfants. C'est pour cela que nous y insistons particulièrement.

Le père paraît avoir beaucoup moins d'influence que la mère sous le rapport de la transmission de l'hystérie. Mais n'est-ce pas ce qui découle des chiffres précédents ? L'hystérie est, en effet, la maladie par excellence qui prédispose héréditairement à la grande névrose et on sait combien est plus grande sa fréquence chez la femme que chez l'homme : il en résulte donc fatalement que la mère entrera pour une bien plus large part dans la transmission de la maladie aux enfants.

Il y a encore une autre cause. La femme, nous l'avons expliqué plus haut, est plus facilement que l'homme, émue par les causes qui donnent lieu à des sensations affectives ; elle est plus profondément sensible aux impressions, et comme dans la vie, les impressions pénibles sont plus fréquentes et bouleversent plus que les impressions doucement agréables, la femme transmettra souvent à ses enfants une constitution irritable, un caractère très impressionnable. Et dans ces cas, l'hystérie pourra se développer chez l'enfant ; ce ne sera pas là une transmission de la maladie elle-même, mais une transmission de l'aptitude à la contracter. Une mère très impressionnable, mais qu'un heureux concours de circonstances a préservée de l'hystérie, donne naissance à une fille impressionnable comme elle, mais qui, placée dans des conditions moins favorables, devient hystérique : n'est-ce point encore là de l'hérédité ? Nous sommes sur la limite, il est vrai, et il a fallu faire intervenir là d'autres circonstances. Quelles sont-elles ? C'est ce qui nous reste à examiner pour compléter cette étude des causes prédisposantes.

Influences morales, condition sociale, éducation, etc...

— Nous serons bref sur ce point. En effet, les influences morales, la condition sociale, le genre d'éducation surtout, qui ont une si grande influence sur le développement de l'hystérie dans l'âge adulte, sont autant de causes qui n'ont plus le même poids, on le comprend aisément, dans l'éclosion de la névrose chez l'enfant. Il ne faut cependant pas les reléguer dans l'ombre ou les négliger.

L'hystérie est commune chez les enfants dont l'éducation est mal dirigée. Les faiblesses des parents qui tremblent à l'idée de contrarier les volontés les plus tyranniques parfois du jeune garçon ou de la petite fille ont la plus fâcheuse influence. L'enfant « gâté », selon l'expression vulgaire, habitué à voir tout lui céder, lorsqu'il commencera, de par les exigences de la vie à subir des froissements ou des chocs auxquels il n'a pas été habitué, en ressentira des émotions pénibles, d'une intensité hors de proportion avec les causes qui les auront fait naître et cet état de sensiblerie constituera chez lui une prédisposition à l'hystérie.

Il en est de même des frayeurs souvent répétées, produites par les récits stupides dont certaines nourrices entretiennent l'esprit des enfants. L'envie, la jalousie, les livres de sentiment, certains romans, certains livres de poésies sont encore des causes prédisposantes. Les mauvais traitements doivent également entrer en ligne de compte : principalement toutes les passions ou affections morales influençant le cerveau d'une manière désagréable : il faut que cet organe souffre pour qu'il réagisse par toutes ses expansions dans l'économie pour y provoquer les accidents de l'hystérie.

On a encore invoqué comme cause prédisposante de la névrose la phthisie pulmonaire des parents : mais il est probable qu'il n'y a pas toujours dans ces cas rapport de cause à effet : d'abord parce que la phthisie est une affection des plus communes ; ensuite parce que, le plus souvent elle a pour conséquence la misère et par suite les privations, les mauvais traitements des enfants nés de parents tuberculeux. Quant à la chlorose, il est certain qu'une alliance intime l'unit à l'hystérie et M. Guénaud de Mussy prétend qu'il n'a jamais observé d'hystérie bien dessinée sans chlorose (1). M. Guiraud dans sa thèse est moins affirmatif, mais il fait remarquer avec raison que la chlorose et l'anémie amènent un état de faiblesse de l'organisme qui prédispose singulièrement au développement de l'hystérie.

En résumé, l'hérédité tient la première place comme agent prédisposant de l'hystérie. Elle a plus d'influence encore que les autres causes quand c'est à l'enfant que la névrose va s'adresser. Les autres causes prédisposantes, agissent moins sur l'enfant que sur l'adulte, et parmi celles-ci, c'est aux influences morales qu'il faut donner le premier rang pour préparer le terrain à la maladie et en faire naître l'explosion sous l'influence d'une cause déterminante quelconque. C'est celles-ci que maintenant nous allons passer en revue.

1. Noël Guénaud de Mussy, *Clinique médicale*, 1874, p. 196.

CAUSES DÉTERMINANTES

Les causes déterminantes à elles seules sont incapables de produire l'hystérie. Il faut que la maladie ait été pour ainsi dire préparée de longue main par la prédisposition pour que leur action devienne manifeste. La cause déterminante est donc de minime importance : c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase, c'est l'occasion plutôt que la cause vraie de l'apparition des premiers symptômes hystériques. Quelquefois même, elles font défaut, et on voit éclater la maladie sans qu'il soit possible d'en trouver une explication légitime ailleurs que dans la prédisposition.

Mais il est certain que le plus souvent, on peut trouver un fait qui a été la cause du début de l'affection, et voici d'après Briquet, quelles ont été les causes déterminantes de l'hystérie chez 79 enfants de moins de treize ans.

Les mauvais traitements infligés par les parents chez 18, la frayeur vive chez 8, l'ennui dans la pension chez 3, les contrariétés et le chagrin chez 3, les émotions morales, la colère chez 2, les cérémonies de la première communion chez 1 ; la chlorose et la saignée chez 2. Et Briquet ajoute :

« Enfin, chez 43 malades, la maladie s'était développée « sans causes déterminantes appréciables, parce que, « d'une part, le début de la maladie s'était fait à un âge « où le souvenir du passé avait dû se perdre, et, d'autre « part, parce que les enfants qui sont atteints d'hystérie « dans leur bas âge, le sont sous l'influence de prédispo-

« sitions héréditaires très prononcées, et en quelque sorte « par le fait seul de leur constitution impressionnable. »

En somme, les causes physiques qui déterminent le plus facilement l'hystérie infantile sont les mauvais traitements des parents : comme autres causes physiques on peut citer, une chute, un accident, un traumatisme chirurgical.

Comme causes morales, les émotions vives et inattendues tiennent la première place, et parmi celles-ci il faut surtout insister sur les émotions pénibles. En voici un exemple :

Observation I

Fille de onze ans. — Père mort aliéné. — Effroi au moment d'un incendie.

W. (Claire-Berthe), âgée de onze ans, est entrée à la Salpêtrière le 6 novembre 1880. Son père est mort fou à l'asile de Ville-Evrard. Sa mère est vive, irascible, emportée, violente.

Au moment de son entrée, elle avait depuis deux mois et demi des attaques d'hystérie avec constriction à la gorge, boule hystérique, et rapportait qu'elle n'avait jamais de crises que lorsqu'on l'avait contrariée. Toutefois, c'est à la suite d'une grande frayeur, motivée par la vue d'un incendie, que l'enfant a éprouvé la première manifestation convulsive.

Elle est intelligente, elle a de la mémoire, et s'occupe activement à l'école, mais elle est étrange, capricieuse, mobile, et cherche constamment à attirer l'attention sur elle, sur sa tenue, ses devoirs ou ses petits travaux à l'aiguille. Elle se met constamment en scène et minaude en parlant (1).

1. Legrand du Saulle. *Les hystériques*, p. 29.

La vue d'une attaque de nerfs est une des causes qui agissent le plus puissamment, ce qui explique très bien les épidémies d'hystérie dans les milieux prédisposés depuis longtemps : écoles de jeunes garçons, couvents de petites filles.

SYMPTOMES

L'hystérie dans l'enfance peut débuter de deux façons différentes. Tantôt, et c'est le cas le plus rare, brusquement par une attaque : tantôt et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, par un état psychique spécial, par des désordres intellectuels et par des troubles variés de la sensibilité et du mouvement. Commençons par le dire, au début de ce chapitre de symptomatologie, les phénomènes restent à peu de choses près les mêmes dans l'un et l'autre sexe : tout ce que nous allons dire s'applique aussi bien au jeune garçon qu'à la petite fille et si quelques légères différences peuvent être relevées çà et là, nous les indiquerons avec soin.

Quel que soit le mode de début, on peut étudier la symptomatologie de l'hystérie en groupant ces phénomènes de la façon suivante.

Hystérie sans attaques — Hystérie convulsive —. Phénomènes nerveux intermédiaires. —

HYSTÉRIE SANS ATTAQUES

Ici les troubles psychiques tiennent le premier rang et les désordres somatiques sont au contraire très peu prononcés : c'est ce qui a fait nier longtemps l'hystérie des enfants. Nous allons essayer de décrire aussi soigneusement que possible ces troubles des facultés affectives et intellectuelles qui caractérisent cette phase de la maladie, auxquels conviendraient bien mieux qu'à l'hystérie convulsive cette épithète de Protée, accolée si invariablementt par les pathologistes à la névrose qui nous occupe.

D'après M. Legrand du Saulle (1), ce serait d'abord les facultés affectives qui seraient atteintes chez les jeunes hystériques. Leur préoccupation constante est de faire parler d'eux. A l'occasion d'un fait qui chez un enfant bien portant ne produirait qu'une impression légère, on voit le jeune hystérique tomber dans un état de tristesse dont rien ne peut le tirer : un jouet brisé, une promenade manquée, une remontrance légère et voilà notre petit malade sombre, taciturne, fuyant ses compagnons de jeux, recherchant la solitude, tous les traits du visage contractés, les larmes prêtes à jaillir. Plus les parents et l'entourage seront frappés de ce changement d'humeur, plus l'hystérique persistera dans son jeu, et vouloir le consoler, tenter de lui rendre la gaieté en s'empressant autour de lui, c'est aller à l'encontre de ce qu'il faut faire. Laissez votre petit malade se morfondre seul, ne vous occupez pas de sa mauvaise humeur

1. *Les hystériques*, Paris 1883.

ayez l'air de ne pas vous en apercevoir, et l'enfant, chez qui l'intelligence est le plus souvent intacte comprendra vite qu'il est dans son tort ; et tout à coup, sortant aussi vite de sa torpeur qu'il y était brusquement tombé, il redeviendra lui-même et cela, à l'occasion du prétexte le plus banal, spontanément quelquefois. Puis quelques jours après, le lendemain, peut-être le jour même, l'équilibre cérébral manquant toujours, le même phénomène pourra se reproduire. tout aussi marqué, mais en sens contraire. Ce sera alors un débordement intempestif de rires, toutes les manifestations de la joie la plus folle, le tout cessant bientôt comme dans le cas précédent.

Souvent, le motif qui a déterminé l'accès n'est même plus palpable : il n'existe quelquefois pas du tout. A propos de rien, l'enfant entre dans une colère atroce, tout l'irrite : il éprouve un continuel besoin de quereller, de chicaner et si on ne lui cède pas, il entre dans des périodes d'excitations où il ne connaît plus rien, rendant l'existence pénible à tous ceux qui l'entourent, ou il tombe dans une dépression telle, qu'il devient un sujet d'inquiétude pour tous ceux qui lui portent intérêt.

Il peut encore arriver que ces poussées de colère ou ces accès de gaieté, se spécialisent sur un individu : et alors on voit naître des sympathies que rien n'explique, des antipathies que rien ne justifie, les unes et les autres aussi soudaines qu'irréfléchies. L'enfant qui ne veut plus écouter ni son père ni sa mère, par exemple, obéit aveuglement à un autre de ses parents, à un ami quelquefois : c'est à lui seul qu'il parle, c'est lui qu'il veut dans ses moments de colère, c'est à lui qu'il veut confier sa tristesse ou sa joie.

Puis, un beau jour toute cette sympathie disparaît, faisant quelquefois place à la haine ou à la défiance contre la même personne.

La versatilité la plus grande préside, on le voit, à tous les sentiments affectifs de l'enfant hystérique et comme à cet âge de la vie ces sentiments ont toute leur intensité, n'ayant point encore été émoussés par l'expérience, leurs manifestations sont plus bruyantes, et s'ils sont troublés, il en résulte une mise en scène plus tapageuse.

Dans bien d'autres manifestations des sentiments affectifs se retrouvent cette indécision, cette brusquerie d'allure. Le malade est incapable d'une attention soutenue. Ce qui, il y a une heure à peine, l'intéressait au plus haut point, le laisse maintenant indifférent et froid. Il est incapable d'une application durable et tout travail, quel qu'il soit, s'il est long, est impossible pour lui. Toujours ses idées manquent de suite et la réflexion est aussi peu constante chez lui que l'attention y était mobile ; un rien suffit pour détourner l'une et l'autre et les porter sur un autre sujet.

Quant à la volonté, elle n'existe pas, ou plutôt, elle apparaît subitement, par crises, avec une intensité étonnante, pour disparaître ensuite aussi brusquement. Le malade veut encore, mais pendant quelques instants seulement, avec fureur, puis presque aussitôt, il cède, soit par fatigue, soit par indifférence, soit par oubli. Cette volonté s'exercera en très peu de temps sur les sujets les plus disparates sans que rien puisse expliquer ces changements : ses caractères principaux sont donc d'être indécise, capricieuse, fantasque.

Tels sont les détails moraux, que présentent les enfants hystériques : en somme, doués d'une extrême susceptibi-

lité, s'offensant de tout, se piquant pour rien, passant avec une incroyable rapiditié de la joie à la tristesse, ils présentent un défaut d'équilibre entre les facultés morales supérieures, la volonté, la conscience, et les facultés inférieures, instincts, passions, désirs.

Mais on le voit, dans ce triste tableau, nous n'avons pas réservé de place aux troubles intellectuels proprement dits. C'est qu'en effet, chez les malades qui nous occupent, les facultés intellectuelles sont intactes, souvent même elles sont exaltées. Les jeunes hystériques « se distinguent dans toutes les études, surtout sur la musique, le dessin et possèdent un talent naturel d'imitation. Elles pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie. » (Jules Simon) Cette tendance au mensonge est très marquée chez les jeunes hystériques : ils racontent des histoires qu'ils ont forgées de toutes pièces et cela dans le seul but de les raconter : ils mentent pour ainsi dire « pour l'amour de l'art » toujours aussi leurs récits sont exagérés, préparés, pour exciter l'attention de ceux qui les écoutent.

Quelquefois cependant, leur mensonge a un but, celui de se rendre intéressants en exagérant leurs souffrances vraies ou imaginaires. En voici plusieurs exemples.

Une petite fille de dix ans est atteinte d'une céphalalgie frontale très vive qui dure plusieurs mois et résiste à tous les calmants, l'hydrothérapie, même, et qui cède un beau jour brusquement au moment d'une attaque de spasme pharyngo-laryngé avec toux rauque et une sorte d'aboiement. Or, dans ce cas, plusieurs médecins consultés n'avaient pas hésité à porter un pronostic très grave, puisqu'ils admettaient une affection des centres nerveux. —

Une autre petite fille de six ans, jalouse de son petit frère se dit atteinte de douleurs de tête : elle accuse du vertige, des douleurs névralgiques vagues, de la photophobie ; elle refuse tout aliment, craint le moindre bruit, redoute l'impression de la lumière ; le pouls est accéléré au moment des visites... ; au quatrième jour, on s'aperçoit de la supercherie, on contraint la petite comédienne de se lever, de marcher et de manger, et tous ces symptômes qui avaient un moment éveillé quelques inquiétudes, disparaissent comme par enchantement. Or, cette enfant est devenue jeune fille ; elle a maintenant seize ans, et elle est assez souvent atteinte de spasmes, de mouvements convulsifs sur la nature hystérique desquels il n'est même pas permis d'hésiter (1).

Un enfant de treize ans observé par West se plaint pendant neuf mois, de céphalalgie avec photophobie, il a une hypéresthésie du cuir chevelu, de l'inappétence de la constipation ; il accuse une certaine difficulté dans la marche, etc..., et cependant, on découvre que l'enfant exagère tous les symptômes douloureux lorsque l'on observe ; or, après un traitement moral pendant lequel l'indifférence des parents et du médecin joue le principal rôle, le petit malade guérit complètement. — Une petite fille qui avait eu à dix-huit mois des convulsions, à six ans une toux spasmodique avec sensibilité considérable de l'épiglotte, accuse depuis huit ans et demi jusqu'à dix ans et demi une céphalalgie très intense ; elle s'en plaint surtout lorsqu'elle est l'objet de l'attention de sa mère et du médecin ; elle présente des bizarreries et une irritabilité de caractère

1. Legrand du Saulle, *Loc. cit.*

insolites pour son âge, refuse parfois de manger et bientôt éprouve nettement la sensation de la boule hystérique; puis elle est prise de dysphagie avec symptômes d'hydrophobie nerveuse et de convulsions générales, accidents dont un traitement moral eut seul raison (1).

Ici, on le voit, le mensonge avait un double but :

1° Attirer sur la malade l'attention de son entourage.

2° Tromper le médecin.

Observation II

Fille hystérique de douze ans sans attaques. Etat de santé des parents et des aïeux. — Irritabilité. — Frayeurs. — Impulsions. — Hallucinations de la vue. — Coqueluche. — Mensonges. — Simulation de vertiges épileptiques (2).

C... Marie-Clémence, âgée de 12 ans, est entrée dans la section Esquirol le 31 mai 1879. Poids : 36 kilogr.; taille 1^{m}, 41.

Voici les renseignements fournis par la mère sur les antécédents héréditaires et personnels de la petite malade.

Le père, qui n'est pas marié légitimement avec la mère et l'a quittée après avoir vécu cinq ans avec elle, a soixante ans et exerce la la profession de placier pour les domestiques et les garçons de café; bien qu'il paraisse avoir une bonne santé, c'est un alcoolique avéré; il se livre à des excès de boisson de tous genres (vin, eau-de-vie, vermouth, et assez souvent absinthe). Son sommeil est agité par de fréquents cauchemars, et, quand il se réveille, il se livre souvent à des accès de colère; il est d'ailleurs habituellement d'un naturel très emporté, et se rongeait les mains dans ses crises de fureur; il ne semble pas avoir d'aliénés parmi ses proches.

La mère, trente-quatre ans, cuisinière, est bien portante, n'a jamais

1. Legrand du Saulle, *Loc. cit.*
2. Legrand du Saulle. *Les hystériques*, p. 26.

eu de maladie de peau, de rhumatismes, ni de convulsions. Mais elle souffre de violentes migraines qui débutent par des frissons, suivis de douleurs de tête avec nausées, mais sans vomissements; les migraines durent de trois à douze heures, et n'apparaissent pas spécialement à l'époque menstruelle. Cette femme est brune, grande et bien faite; elle paraît intelligente : elle se reconnaît impressionnable, mais n'éprouve pas pourtant la sensation de boule hystérique; de temps en temps, elle souffre de palpitations cardiaques; depuis sept ans qu'elle a quitté son amant, elle n'en a pas pris d'autre, dit-elle; en tous cas, elle n'a pas eu d'autres enfants. Elle se défend de tout excès de boisson, et ne présente, d'ailleurs aucun signe d'éthylisme.

Le grand'père maternel de la malade est mort d'une affection cardiaque; il était alcoolique; la grand'mère était très nerveuse et souffrait de névralgies, mais n'avait pas d'attaques convulsives et ne buvait pas.

Parmi les autres parents, il n'y a ni aliénés, ni épileptiques, ni gens difformes. Le bisaïeul maternel et sa femme se sont suicidés tous les deux, parce qu'ils avaient perdu leur fortune.

Grossesse. — La mère de la malade était devenue enceinte après quelques semaines de rapports sexuels. Son amant la demanda en mariage; la mère qui avait d'abord refusé son consentement à cause de la disproportion des âges, l'accorda quand elle apprit l'état de grossesse; mais alors on reconnut que l'amant était déjà marié. Le père et la mère de la malade continuèrent leurs relations et vécurent ensemble. Au quatrième mois de la grossesse, une perte abondante se déclara et dura quatre jours, mais cependant, l'accouchement se fit à terme et naturellement. La mère n'avait pas d'autre chagrin que l'ennui de sa situation irrégulière.

L'enfant, élevée au biberon, en nourrice, fut reprise à vingt-deux mois; elle marchait à un an, parlait à quinze mois et fut propre de bonne heure. Pas de gourme, ni de glandes, ni d'écoulements d'oreilles; quelques ophthalmies de courte durée. Rougeole à cinq ans, puis douleurs de tête venant par crises si violentes qu'elle se frappait la tête et qui durèrent un mois; elle n'eut pas alors de convul-

sions, ni de perte de connaissance; son caractère devint irritable, insoumis ; elle avait de fréquentes colères, et, quoique d'un naturel craintif, ne cédait jamais.

Elle a toujours dormi les yeux à demi-ouverts. Elle a des cauchemars presque toutes les nuits et se réveille en criant : « Maman, on me prend, on me prend ! »

A onze ans, elle fut prise d'une crise d'excitation maniaque; elle parlait de se battre sur les barricades avec les soldats, se plaignait qu'on voulait l'assassiner et prit un jour un couteau pour frapper sa grand'mère.

Dans l'intervalle de ses emportements, elle causait seule presque tout le temps et éclatait de rire pendant vingt minutes. On la fit entrer à Sainte-Anne où on lui donna des bains; elle disait qu'on voulait la noyer dans la baignoire.

Sortie au bout de six mois, plus calme, elle resta trois mois avec sa mère, mais elle n'était pas revenue à un état naturel. Dans la rue, tantôt elle interpellait les hommes, leur reprochant de la regarder et de dire du mal d'elle; tantôt elle ne voulait pas qu'on parlât haut de peur d'attirer l'attention des passants. Elle injuriait les autres petites filles, cherchait à se battre et à égratigner. Trois jours avant son entrée à la Salpêtrière, elle a sauté à l'oreille de sa grand-mère, comme en rage; à la maison, elle pinçait sa mère, lui mordait la main ou lui tordait la joue ; à certains moments, elle se regardait dans la glace, se trouvait très jolie, admirait ses mains, parlait de mariage : elle disait qu'elle se serait mariée avec le médecin de service, si elle était restée à Sainte-Anne.

Elle aime la solitude et entend parfois des voix qui disent du mal d'elle. Elle a quelques hallucinations de la vue; elle voit des poux dans sa soupe.

Elle aurait essayé de mettre le feu et a brûlé une couverture ; on l'a vu grimper une fois sur une fenêtre en faisant mine de se jeter en bas.

Pas d'onanisme. La santé physique est bonne, l'appétit assez régu-

lier, ainsi que les gardes-robes. Un peu de congestion céphalique après les repas.

L'enfant tousse un peu, mais n'a jamais eu d'hémophtysie. Elle n'est pas règlée : sa mère l'était à quatorze ans, sa grand'mère à douze.

A l'école elle apprend peu à cause de son inattention, car sa mémoire est bonne. Elle se rappelle tous les détails de son internement : le voyage de l'Infirmerie de la préfecture au bureau de répartition de Sainte-Anne où elle est restée huit jours cette fois, et garde rancune à sa mère de l'avoir fait conduire dans une voiture grillée.

Elle reconnait très bien ses parents quant ils viennent la visiter. Bien qu'elle n'ait jamais eu depuis son entrée ni attaques convulsives ni vertiges, ni perte de connaissance, son caractère est bien resté celui d'une hystérique ; à la fois très nerveuse et très portée à l'exagération. Elle *fait des manières*, disent ses petits camarades.

Bien que ce soit à l'ordinaire un cœur sec et indifférent, et que la réalité de ses sentiments affectueux pour les personnes qui l'entourent ou sa mère qui vient la voir, soit très douteuse, elle ne manque pas à certains jours d'afficher en paroles et en gestes des démonstrations de tendresse excessive quand elle est certaine d'être regardée et écoutée.

Vis-à-vis des élèves du service, son regard est effronté et provoquant. Un jour, dans le cabinet du médecin elle a tenté de simuler des vertiges épileptiques ; elle a eté sévèrement admonestée et elle n'a plus recommencé.

Mais à côté de ces cas, on en rencontre de nombreux où le jeune hystérique ment sans autre but que le plaisir de mentir, et ce n'est pas là un des moindres caractères de l'état mental de ces petits malades.

Nous en trouvons un autre dans leur amour des excentricités ; mais ici, il faut le dire, l'âge entre pour une part presqu'aussi large que la maladie : la raison n'existe pas encore chez l'enfant pour pondérer ses actes et l'expérience

lui manque pour lui permettre de les contrôler, de voir s'ils rentrent bien dans le cadre des actes qu'il a l'habitude de voir se reproduire journellement.

Qu'est-ce que l'excentrique ? c'est l'individu qui commet des actes anormaux, qui, étant à l'étroit dans le monde des réalités correctes, est avide de l'extraordinaire, prend plaisir à être pour tout le monde un sujet d'étonnement, imaginant pour lui-même le genre de vie le plus anormal, se mettant en révolte avec les usages reçus ; c'est l'individu qui impose avec audace ses caprices les plus malséants, combat toutes les traditions et tente de leur substituer ses idées et ses procédés. Il y a bien là des traits pouvant s'appliquer aux jeunes hystériques ; mais d'autres sont des conséquences de l'enfance même. L'adulte excentrique qui commet un acte anormal le fait avec connaissance de cause ; il a son expérience pour lui montrer qu'il se met, en le commettant, en contradiction avec ce qu'il a été habitué à voir faire ; mais l'enfant, qui manque d'expérience, peut commettre un acte anormal de gaieté de cœur, sans se douter qu'il est en désaccord avec ce que l'usage et l'habitude ont jugé bon d'appeler un acte ordinaire, normal.

Ainsi n'incriminons pas trop la maladie quand il s'agit de l'excentricité chez les jeunes hystériques. Le désir d'étonner, la volonté d'imposer ses caprices, voilà qui est marqué au coin de la névrose, le reste, mettons-le sur le compte de l'inexpérience de l'enfant, en ajoutant, toutefois, pour ne pas faire à celle-ci la part trop large que plus l'enfant se rapprochera de l'âge adulte, plus rares devront être ces excentricités, car alors le développement de l'hystérie, seul, pourra donner l'explication d'actes bizarres et anormaux que l'âge, ap-

portant son tribut d'expérience, aurait dû suffire à faire avorter.

Nous l'avons dit, l'intelligence est rarement atteinte : quelquefois on voit cependant survenir des troubles de la mémoire analogues à ceux qui ont été rapportés dans les observations d'hystériques adultes, où des cas très nets de double conscience avaient été observés (Cas de Fœlida X. par M. Arzam de Bordeaux, de Louis V... recueilli à l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir par le Dr Camuset). M. Legrand du Saulle résume ainsi une observation de M. Arzam de Bordeaux.

Il s'agit d'un jeune garçon de douze à treize ans qui présenta dès l'âge de cinq ans des accidents hystériques : toux quinteuse et spasmodique, chorée, hoquets, convulsions, paralysies diverses ; puis s'y ajoutèrent des hallucinations terrifiantes et une perte subite de la mémoire pendant laquelle il ne savait plus ni lire ni écrire, ni compter, avait oublié tout son passé, causait mal, ne reconnaissait plus son entourage, sauf son père et sa mère et l'un ou l'autre de ses frères et sœurs, mais pas toujours les mêmes. Il savait encore conduire une voiture, monter à cheval et dire ses prières à l'heure habituelle (il avait toujours fait preuve d'une véritable exaltation religieuse). — Au bout de vingt jours, cette amnésie cessa brusquement, et, comme si un voile se fût déchiré, la notion entière de son passé lui revint subitement. Ainsi, pendant l'amnésie, il ne voyait dans les caractères imprimés ou écrits que des signes sans valeur ; tout à coup leur ensemble eut un sens pour lui, il n'eut pas à réapprendre lentement à lire, de même pour l'écriture et les autres connaissances qu'il avait

possédées auparavant. Quatre fois en deux ans le même phénomène se reproduisit : amnésie totale et périodique alternant avec des accidents nettement hystériques, paralysies, contractures, suffocations, tics, aboiements, terreurs etc.. Nul doute que chez cet enfant comme chez Fœlida, l'amnésie n'ait été un mode d'expression de la névrose hystérique.

Que s'est-il passé là ? C'est ce que M. Ribot dans son livre sur les maladies de la mémoire appelle une amnésie générale périodique. Il cite, du reste l'observation de ce petit malade et d'autres plus complètes relatives à des adultes. Il cherche à donner de ces faits une explication en supposant qu'à côté de la mémoire normale acquise depuis l'enfance, il se forme pendant les accès une mémoire partielle, temporaire et parasite. Puis, ces deux mémoires alternent et se substituent l'une à l'autre. La première embrasse la totalité des états de conscience, la seconde un groupe restreint d'états qui, par un triage naturel se séparent des autres et forment dans la vie de l'individu une suite de tronçons qui se rejoignent.

« Le résultat de cette scission de la mémoire, c'est que l'individu s'apparaît à lui-même — ou du moins aux autres — comme ayant une double vie. Illusion naturelle, le moi consistant (ou paraissant consister) dans la possibilité d'associer aux états présents des états qui sont reconnus, c'est-à-dire localisés dans le passé. Il y a ici deux centres distincts d'association et d'attraction. Chacun attire un groupe d'états et reste sans influence sur les autres. »

Pour le cas que nous venons de citer, il n'est pas néces-

saire de faire intervenir la formation d'une mémoire nouvelle. La mémoire normale disparaît et reparaît périodiquement ; elle est pendant un certain laps de temps suspendue sous ses formes consciente et demi-consciente. Mais tout ce qui est mémoire organisée, routine, n'est pas entamé. Les dernières assises de la mémoire tiennent bon.

Quelle que soit l'explication physiologique ou psychologique de ces amnésies générales, bornons-nous à citer ce cas et à faire remarquer que c'est une forme rare de manifestation intellectuelle de l'hystérie infantile.

Disons enfin que toutes ces manifestations pathologiques de la névrose s'attaquant soit aux facultés intellectuelles, soit aux facultés affectives se présentent de la même façon chez le jeune garçon et chez la petite fille.

Cependant il faut signaler chez certains jeunes garçons hystériques des caractères tendant à les rapprocher du sexe faible, présentant en un mot cet ensemble de symptômes qu'on a appelé le féminisme. Physiquement, rien n'est bien remarquable ; l'âge que nous étudions n'étant pour le jeune garçon qu'une période de transition, de formation, les contours moins arrêtés, les saillies musculaires plus fondues, les mouvements plus lents, plus harmonieux, moins décidés, tout cela est mis sur le compte de l'âge, et les seuls symptômes qui restent pour éclairer l'observateur doivent encore être cherchés dans le caractère. Le jeune garçon est plus timide, plus craintif que ne le sont généralement les enfants de son âge . il se trouble aux questions qu'on lui pose, rougit, baisse les yeux : le regard est presque toujours vague, rêveur, poétique, langoureux. L'enfant est coquet, passe des heures à sa toilette : il n'éprouve aucun

plaisir aux travaux manuels ; il ne recherche pas les jeux auxquels se plaisent les camarades de son âge. Il joue de préférence à des jeux de petite fille, recherche les poupées, les chiffons, les rubans. Voici un exemple de ces tendances chez un jeune garçon manifestement hystérique.

Observation III

Jeune garçon. — Crises convulsives dans lesquelles dominait l'arc de cercle et précédées de phénomènes épileptiforme. — Plaques d'hyperesthésie au côté gauche. — Modification du caractères et des goûts. — Espiègleries, amour de poupées.

« Au mois d'août 1877, on vint me prier de voir le jeune X..., atteint d'une maladie nerveuse que le médecin traitant mettait sur le compte d'une tumeur cérébrale, ou qu'il rattachait pour le moins à l'épilepsie. Le jeune malade avait des crises depuis plusieurs mois dans lesquelles, à la perte de connaissance se joignirent des convulsions plus ou moins intenses. »

« En arrivant à la demeure du jeune X..., je trouve, à ma rencontre, le médecin traitant qui m'apprend que le malade est justement dans ses crises et que je pourrai facilement constater que c'est bien de l'épilepsie. »

« J'entre et vois un enfant qui venait en effet de tomber en état de crise. Pour l'instant, il était en attitude d'arc de cercle parfait ; tout le corps était incurvé en arrière et la tête et les pieds reposaient seuls sur le lit. Les yeux ouverts étaient en strabisme convergent. J'appliquai la main sur l'abdomen de l'enfant, et j'y découvris une plaque d'hypéresthésie du côté gauche. En pressant sur ce point, le petit malade quitta brusquement l'attitude d'arc de cercle et se mit à sauter comme un ver, puis il ne tarda pas à reprendre la position première qu'il garda pendant sept à huit minutes. On me dit que, dans ses crises, l'arc de cercle était précédé de convulsions épileptiformes,

et cela plusieurs fois par jour. Son caractère s'était considérablement modifié. Je remarquai dans la chambre où nous nous trouvions et qui était celle que l'enfant occupait habituellement, tout un étalage de joujoux de fillette, des ménages, un petit salon, des poupées. Comme je demandais à sa mère si elle n'avait pas d'autres enfants, elle répondit négativement et déclara que son enfant qui était un vrai garçon auparavant, avait pris des goûts féminins depuis qu'il était malade, et s'était mis à jouer comme une petite fille.

« Il était facile, d'après la forme des convulsions et d'après ces quelques renseignements, de reconnaître qu'il s'agissait ici de phénomènes hystériques et nullement d'épilepsie. Je conseillai de mettre l'enfant entre les mains d'un précepteur, et tout d'abord, de l'éloigner de son père et de sa mère, puis de le soumettre pendant trois ou quatre mois au moins, aux pratiques de l'hydrothérapie méthodique (douches froides brisées matin et soir). J'ajoutai un peu d'exercice gymnastique et du fer à l'intérieur. L'enfant était un peu anémique, d'apparence délicate et féminine. Il n'y avait aucune anomalie des organes génitaux. Au bout de quinze jours, les crises devinrent plus rares. Au deuxième mois elles avaient complètement cessé. Enfin, la guérison pouvait être considérée comme complète après le troisième mois du traitement. L'hydrothérapie n'en fut pas moins continuée pendant sept à huit mois. Depuis, l'enfant n'a plus éprouvé aucun malaise.

Le traitement fut suivi à l'établissement hydrothérapique du Dr Pascal, auquel nous devons les renseignements qui suivent et qui complètent le récit de M. Charcot.

Le 1er octobre 1877, Mme X... venait à l'Institut hydrothérapique de Passy conduire son fils pour l'y soumettre à la médication hydrothérapique.

Le jeune X... est âgé de douze ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux ; sa taille est à peine celle des garçons de son âge.

Depuis huit mois, le malade a complètement perdu la faculté du travail. Tout effort d'attention le fatigue, le brise. Il a perdu l'appé-

tit, il est devenu taquin, plein de caprices. Chaque jour il faut le conduire au bazar et satisfaire ses fantaisies.

Le sommeil fait également défaut, l'anémie est profonde. Pour compléter ce tableau, des crises nerveuses avec perte de connaissance sont survenues, et avec ces crises, une véritable manie de la destruction. Un jour il ouvrira les robinets pour inonder l'appartement. Un autre jour, ce sont les tapis du salon qu'il arrosera avec de l'huile.

Et, ceci est à noter, lorsque la chose est faite, il fait chorus avec ceux qui la déplorent, si bien que, sans ses confidences *imprudentes*, on ne se douterait jamais qu'il est l'auteur du méfait.

Pendant cette phase de la maladie, le jeune X... avait des hallucinations, il voyait des animaux, chiens, chats, etc. Il eut même des accès de somnambulisme. A deux reprises différentes, après avoir été mis au lit, on le trouva levé, habillé, ayant allumé des bougies.

Les amusements de ses camarades n'ont plus d'attrait pour lui. Ce qui lui plaît, ce sont les poupées ; il prend tous les goûts des jeunes filles.

Sur le conseil du médecin de la famille qui croyait à une affection grave du cerveau, on s'en alla passer une saison à la campagne.

Six mois après, nulle amélioration n'était survenue. Les crises continuaient. La famille demanda que le professeur Charcot fût appelé en consultation.

Après l'examen du malade et sur les renseignements qui lui furent donnés, M. Charcot conclut à une affection nerveuse, purement hystériforme, parfaitement curable par un traitement hydrothérapique bien dirigé.

Le traitement fut donc institué et suivi avec une grande ponctualité pendant six mois.

Lorsque les forces furent revenues, on mit le jeune malade à la gymnastique ; plus tard on lui fit faire de l'équitation, de l'escrime.

Le traitement consistait en deux douches par jour.

A l'intérieur, teinture de mars tartarisée, 8 gouttes matin et soir

(16 gouttes par jour) : vin de Colombo, un petit verre avant chaque repas.

Au bout de deux mois, on lui donna un précepteur pour le remettre au travail, et à mesure que la santé revenait, les progrès intellectuels étaient aussi plus marqués.

Après six mois de traitement, le jeune X... a grandi, s'est développé, il a gagné en poids 7 kilogrammes ; sa famille l'emmène à la campagne.

Au mois de novembre, nous le voyons ; l'action consécutive du traitement a porté ses fruits, il est méconnaissable, grand, fort, apte aux études qu'il a définitivement reprises, il est maintenant bien plus avancé que ses jeunes contemporains.

Toute trace de l'affection diagnostiquée en premier lieu, affection qui avait rendu si malheureuse toute sa famille, a complètement disparu (1).

Cependant, le féminisme s'observe bien moins souvent qu'on ne serait tenté de le croire chez les jeunes garçons, et le plus souvent, l'habitus extérieur et un examen superficiel ne révèlent rien de la névrose. Dans ce cas néanmoins, il était, on le voit assez développé.

Cette observation est aussi très remarquable par le développement qu'avaient pris chez ce jeune hystérique les modifications du caractère et des goûts, par la tendance aux espiègleries : aussi est-ce pour cela que nous l'avons placée à la fin de cette étude des troubles mentaux des jeunes hystériques.

Nous venons d'étudier l'état psychique spécial, les désordres intellectuels qui tiennent une place si large dans le tableau symptomatique de l'hystérie infantile ne s'accompagnant pas d'attaque. Disons cependant que même dans

1. Richer. *Loc. cit.*, p. 418.

les formes les plus légères de cette variété de l'hystérie, ces troubles psychiques ne marchent pas seuls. Toujours ils sont accompagnés de phénomènes somatiques plus ou moins accusés et dont nous allons parler maintenant.

Ceux-ci consistent en une sensation vague de boule qui, remontant du creux épigastrique, viendrait étreindre la gorge des malades, en fourmillements dans les bras ou les jambes, en sensations de froid ou de brûlure courant dans les membres. Quelquefois apparaissent des plaques d'anesthésie disséminées ça et là, sans ordre ni symétrie, apparaissant brusquement, disparaissant de même pour revenir ensuite. C'est, chez la petite fille, un point douloureux dans la région de l'ovaire droit ou gauche, souvent au même endroit chez le jeune garçon, c'est-à-dire dans la fosse iliaque; quelquefois, chez lui, c'est le testicule qui est douloureux. A ces symptômes se joignent des crampes, des hoquets convulsifs, des spasmes pharyngiens, une légère dyschromatopsie et là se bornent les phénomènes somatiques.

L'affection peut se limiter là, c'est-à-dire que c'est aux phénomènes psychiques que revient le premier rôle, ils sont au premier plan sur la scène pathologique. C'est ce premier degré de l'hystérie infantile qui n'a pas été assez étudié, c'est lui qu'on a nié longtemps et c'est pour cela qu'on a été si longtemps à reconnaître la présence de l'hystérie chez l'enfant. Ajoutons que la névrose peut passer telle qu'elle chez l'adulte, sans s'aggraver et c'est encore parce qu'on ne l'avait pas étudiée à cet état embryonnaire pour ainsi dire, à cet état de larve, qu'on n'a pas vu le nombre considérable d'hystériques dont on est

entouré dans le monde. Le jour où l'hystérie, à cette période d'ébauche, a été connue, les yeux qu'on avait appris à regarder se sont ouverts et ont vu, et alors on s'est écrié : « mais jamais on n'a vu tant d'hystériques ! » Hélas ! il y en a probablement toujours eu à peu près autant ; seulement autrefois on passait à côté sans les voir, puis petit à petit on a appris à distinguer ces malades, les plus bruyantes, les plus tapageuses d'abord, et maintenant nous savons découvrir la névrose à peu près partout où elle se cache, même lorsqu'elle s'abrite le plus modestement et dans le plus profond silence.

L'hystérie non convulsive peut cependant emprunter aux caractères somatiques une gravité plus grande que celle que nous avons décrite tout à l'heure. Nous avons voulu procéder du simple au complexe et nous avons dépeint d'abord la forme la plus atténuée de l'hystérie non-convulsive : mais on peut voir s'ajouter aux symptômes précités tous les désordres que nous décrirons tout à l'heure au chapitre intitulé : « phénomènes intermédiaires aux attaques » sans pour cela qu'une seule attaque soit venu mettre le cachet sur la maladie. C'est ainsi que la symptomatologie de cette variété larvée de la névrose peut revêtir toutes les formes possibles : anesthésie, hemianesthésie, paralysie, contractures, spasmes, vomissements, péritonisme, achromatopsie, amblyopie, etc., etc. Nous décrirons tous ces accidents au chapitre indiqué plus haut ; mais nous ne saurions trop y insister : l'hystérie non convulsive peut exister sans eux chez l'enfant comme chez l'adulte et elle y est beaucoup plus fréquente, surtout chez la petite fille, qu'on ne le croit généralement. Tous ces accidents ne constituent que le fond

et comme le décor changeant de la scène. Les vrais acteurs du drame pathologique, ce sont les troubles de l'intelligence ou de l'affectivité.

HYSTÉRIE CONVULSIVE

La caractéristique de l'hystérie convulsive, c'est l'attaque.

Prodromes. — L'attaque peut être précédée d'un ensemble de symptômes annonçant à la malade et à son entourage l'approche de la crise. Quelquefois ces prodromes manquent et les phénomènes de l'aura éclatent brusquement.

Quand ils existent, cette phase prémonitoire se caractérise comme il suit. L'enfant se retire dans un coin, l'air farouche, les sourcils froncés, refusant de continuer ses jeux ; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose ; le regard est vague, le petit malade prononce quelquefois des mots sans suite. « Il médite sa crise. »

Chez d'autres, c'est un accès de colère sans motif, des cris, des pleurs qui vont ouvrir la scène. Chez certains, ce sera le débordement d'une joie folle, intempestive, des éclats de rire nerveux, se prolongeant malgré les questions, la sévérité de l'entourage même ; puis au milieu de ces

phénomènes anormaux, de tristesse sombre, de fureur ou de joie folle, brusquement apparaissent les phénomènes caractéristiques de l'aura. L'attaque commence.

Aura. — L'aura consiste en un sentiment de malaise presque toujours accompagné d'une sensation de constriction, d'étreinte, laquelle selon qu'elle débute en telle ou telle partie du corps, a fait donner à l'aura les noms divers d'aura céphalique, épigastrique, ovarienne, testiculaire etc. Disons qu'il faudrait pour être complet décrire autant d'aura que de malades, car la région d'où part l'aura varie souvent avec chaque malade. Chez A. M.... l'aura part des orteils pour remonter jusqu'au ventre ; chez Angèle H..., c'est par des pleurs, des cris, une agitation extraordinaire qu'elle s'annonce. Albert P..., voit des couleurs brillantes traverser son champ visuel : ce sont des boules noires, bleues, rouges, semblables à des pièces d'artifice. Chez R..., c'est une sensation de pesanteur sur le creux épigastrique. Chez une malade de Saintes, observée par Bouyer, l'aura fait complètement défaut et l'attaque commence brusquement. Chez le jeune X..., c'est par une douleur dans le pli de l'aîne gauche (le jeune garçon est monorchite gauche) que l'aura se fait sentir ; puis c'est une sensation d'étreinte dans le creux épigastrique, des battements dans les tempes, une obnubilation de la vue et enfin l'attaque.

On voit par ces exemples que chez l'enfant comme chez l'adulte, l'aura varie beaucoup avec chaque sujet ; cependant, il est d'usage de la dénommer par les régions où elle débute et nous allons décrire les plus fréquentes.

Aura céphalique. — C'est celle qui se sépare le plus

nettement des autres, non pas seulement par son siège spécial, mais par son ensemble symptomatique. Le malade entend des bruits divers dans l'une ou l'autre oreille, dans les deux quelquefois. Ce sont tantôt des sifflements aigus, tantôt des bourdonnements sourds. En même temps, les tempes battent avec violence ; il semble au malade qu'il reçoive des coups de marteau ; une douleur d'une acuité extraordinaire, lancinante, pongitive, s'établit sur le sommet de la tête. Il semble qu'un clou soit enfoncé sur le vertex (clou hystérique). D'autres fois, toute la tête paraît comme serrée, écrasée dans un étau. Des troubles visuels s'ajoutent à ces symptômes douloureux. C'est tantôt une obnubilation presque complète de la vue, tantôt la perception de couleurs brillantes traversant le champ visuel à la façon de pièces d'artifice. Quelquefois, c'est une sensation de vertige ; les objets se déplacent tantôt dans le sens horizontal, tantôt dans le sens vertical, le plus souvent circulairement.

Aura épigastrique. — Une douleur très vive, le plus souvent constrictive, éclate dans la région de l'épigastre. Les enfants la comparent à un poids qu'on leur aurait posé là ; puis, le plus souvent, au bout de quelques secondes une sensation nouvelle apparaît. Il semble qu'une boule énorme (boule hystérique) remonte péniblement de l'épigastre à la gorge, écrasant, oppressant, pour se faire place, les organes voisins qu'elle rencontre sur son passage. Arrivée à la gorge, elle paraît encore augmenter de volume, et une sensation nouvelle fait place à la première : c'est maintenant une sorte de strangulation, comme si des doigts de fer resserraient la gorge dans une horrible étreinte. En

vain, l'enfant précipite les mouvements de déglutition, espérant éloigner, faire descendre ce poids affreux qui l'étouffe ; en vain, de ses mains il arrache les vêtements qui lui entourent le cou, espérant se libérer et donner accès à un peu d'air, l'obstacle est toujours là, le petit malade lutte en vain ; de ses ongles, il se déchire la peau du cou et de la poitrine, bientôt il perd connaissance et l'attaque commence.

Aura ovarienne. — C'est encore comme dans l'aura épigastrique une douleur vive limitée au flanc droit ou gauche, selon les sujets. Dans la majorité cependant, c'est le flanc gauche qui est le siège de la douleur.

C'est l'ovaire qui est douloureux, ceci a été mis hors de doute par de nombreuses expériences dues à M. le professeur Charcot. Sur une malade en état de grossesse et chez laquelle, en tout temps, la région ovarique était douloureuse, à la pression, on vit ce point douloureux remonter avec l'utérus et ses annexes, dans le cours de la grossesse et redescendre après l'accouchement, pour reprendre sa première position. Du reste, c'est un fait aujourd'hui acquis que l'ovaire et l'ovaire seul est en cause. Nous n'insistons pas.

Cette douleur s'exaspère par le toucher, par le simple frôlement : aussi les malades acquièrent-elles vite une prestesse remarquable à se protéger. Elles sont repliées sur elles-mêmes, se présentant de trois quarts, les bras défendant le point douloureux. En effet, si le simple frôlement exaspère la douleur, la pression sur l'ovaire à ce moment détermine toujours l'attaque. Quelquefois, la sensation de la boule hystérique partant de l'ovaire douloureux et remontant vers la gorge se joint aux symptômes précédents. Quelques phé-

nomènes céphaliques peuvent s'y joindre également.

Aura testiculaire. — Chez le jeune garçon, l'analogue de l'aura ovarique est l'aura testiculaire. Elle consiste en une douleur partant du testicule ou de l'épididyme, s'irradiant le long du cordon et s'exaspérant par la pression. Si l'un des testicules n'est pas descendu et que ce soit lui qui soit le siège de la douleur, celle-ci se fera sentir dans la région du pli de l'aîne, comme dans le cas du jeune X..., mais c'est toujours, dans ces cas, le testicule qu'il faut incriminer.

Disons à ce propos que certains jeunes garçons ressentent au début de leurs attaques, des douleurs vives dans la région qui, chez la petite fille correspond à l'ovaire. Cette variété d'aura est, chez le jeune garçon, presque aussi fréquente que l'aura testiculaire.

Quoi qu'il en soit du siège de cette douleur avant-coureur de l'attaque, elle disparaît après une durée qui excède rarement quelques minutes et l'attaque commence.

ATTAQUE. — Elle peut revêtir deux caractères différents et c'est pour cela qu'on en a fait deux divisions : *l'attaque de petite hystérie ou hysterio minor, l'attaque de grande hystérie, d'hystéro-épilepsie,* ainsi que l'a dénommée M. le professeur Charcot.

Ce terme d'hystéro-épilepsie n'indique nullement qu'à côté de l'hystérie, et concuremment avec elle évolue une autre névrose, l'épilepsie. C'est un mot qui sert à exprimer que l'hystérie dans ces cas revêt à certains moments de l'attaque des apparences épileptiques, mais l'épilepsie, en temps que maladie distincte, n'existe pas.

Ce n'est pas à dire que chez certains malades on ne

puisse ma'heureusement observer les deux névroses marchant de pair et se remplaçant l'une l'autre. Dans ces cas, on a coutume d'ajouter au mot hystéro-épilepsie le qualificatif. à crises séparées, pour bien indiquer la scission qui existe entre les deux maladies.

Mais ces distinctions sont maintenant acceptées partout et tous les neuro-pathologistes s'entendent parfaitement sur la valeur de ces termes : hystéria minor, hystéro-épilepsie, hystéro-épilepsie à crises séparées.

De l'attaque de petite hystérie à l'attaque d'hystéro-épilepsie il n'y a qu'une question de degré : la première ne se compose le plus souvent que de l'une ou l'autre des phases de la seconde, les autres périodes étant à peine ébauchées, restant dans l'ombre ou disparaissant même complètement. Nous allons donc décrire l'attaque complète d'hystéro-épilepsie ; cette description comprendra du même coup celle de l'hystéria minor qui n'en est qu'un chapitre choisi à telle ou telle phase de la grande attaque suivant le sujet.

L'aura vient de se terminer ; brusquement l'attaque éclate, débutant par une première période, la période épileptoïde.

PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE. — On se croirait, dans cette période, en présence d'un sujet épileptique ; et dans les périodes qui vont suivre, le diagnostic, à la vue de l'attaque seule, pourrait offrir les plus grandes difficultés ; comme dans le mal comitial, elle parcourt trois étapes, trois phases bien nettes. Il suffit pour s'en convaincre de lire l'observation qui a rapport au jeune Lam....

Première phase. — Phase tonique. Les membres se

raidissent le plus souvent dans l'extension ; ils exécutent de grands mouvements de circumduction, mais toujours avec lenteur ; en même temps, les yeux sont convulsés en haut.

La face est congestionnée, le cou offre un gonflement caractéristique, car jamais ce gonflement n'arrive au même degré dans l'attaque d'épilepsie ; un peu d'écume apparaît aux lèvres, la respiration paraît suspendue comme dans l'effort. Le tronc peut participer aux mouvements et on voit alors le petit malade tourner lentement sur lui-même de gauche à droite en se tétanisant, ou seulement la moitié supérieure du corps se soulever au-dessus du lit. Les dents, serrées les unes contre les autres, font quelquefois entendre un bruit de grincement. La perte de connaissance est le plus souvent absolue.

Deuxième phase. Phase clonique. — Sans transition, les membres sont agités tout à coup de secousses à petites oscillations, se reproduisant à intervalles réguliers, se localisant à un bras, à une jambe, ou s'étendant aux deux membres supérieurs, ou aux deux membres inférieurs, ou encore, envahissant les quatre membres et le tronc. La face peut participer à ces secousses ; les commissures labiales sont tirées à gauche et à droite, les muscles moteurs des ailes du nez sont animés de contractions semblables ; les paupières battent, la langue tirée hors de la bouche, va d'une commissure à l'autre. L'aspect de la physionomie à cette période est hideux.

La respiration semble, elle aussi, se faire par secousses ; l'air passe en sifflant à travers les lèvres, sans cesse en mouvement.

Si pendant cette phase, on essaie d'imprimer un mouvement à un membre, on s'aperçoit que ceux-ci sont raides, résistant à l'extension, s'ils sont fléchis ; ne se laissant pas mettre en flexion, si au contraire, ils sont étendus.

Troisième phase. Phase de résolution. — Tout à coup une inspiration bruyante a lieu, la congestion du visage disparaît, une troisième phase commence. La petite malade reste étendue ayant l'air de dormir, les membres ont retrouvé leur souplesse. Quelquefois cependant, une ou deux contractures subsistent, mais d'une façon générale, l'attitude de l'enfant est celle du repos. Le visage est calme, les yeux le plus souvent clos, les paupières immobiles.

Mais ce n'est là qu'un calme apparent et bientôt une période nouvelle de l'attaque commence, la période des grands mouvements.

Avant de l'étudier, nous plaçons ici une observation d'enfant hystérique chez lequel la prédominence de la période épileptoïde est très manifeste ; on pourra ainsi contrôler la vérité de la description que nous donnons plus haut.

Observation IV

Hystérie chez une enfant de douze ans. Vertiges épileptoïdes.

Augustine-Henriette G... douze ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 13 janvier 1880.

A l'âge de neuf ans, la malade aurait eu un premier étourdissement à la suite duquel elle serait tombée par terre. Depuis cette époque jusqu'en juin 1879, elle n'aurait plus eu d'attaques.

Au mois de juin 1879, réapparition des vertiges pendant quelques jours, puis la santé redevient bonne jusqu'à la fin d'août. A partir de cette époque, les vertiges se sont reproduits et sont allés en augmentant de nombre malgré des traitements variés.

Les attaques de vertige sont caractérisées de la façon suivante :

La malade est prise avant son accès de la sensation d'une boule montant à la gorge ; le vertige arrive alors : elle devient très rouge, puis est prise d'un accès d'hilarité. Elle ne tombe pas, n'a pas de convulsions. L'accès terminé, la malade pâlit.

Le nombre des attaques est monté jusqu'à quatorze par jour. Le 12 janvier, elle n'en a eu que six.

La malade a été traitée par le bromure de potassium pendant deux mois (octobre et novembre). Pas d'amélioration.

Un deuxième traitement au vin de Colombo et aux pilules d'opium n'amena qu'une amélioration très peu sensible (26 décembre 1879 au 12 janvier 1880).

Un troisième traitement est institué le 13 janvier.

Oxyde de zinc. . . . . 0 gr. 05.
Extrait de valériane . . . . . q. s.

Pour 1 pilule F. S. A. 100 pilules.

Première semaine, 1 pilule avant chaque repas.

Deuxième semaine, 2 pilules avant chaque repas.

16 février 1880. — On a remarqué, quand elle a ce qu'on appelle ses vertiges, qu'elle commence à rire, puis la face rougit, elle fait remuer ses bras, surtout le droit et tombe à la renverse. Les attaques sont beaucoup plus fortes la nuit que le jour. On assure qu'elle se mord souvent la langue dans ces attaques. Quelquefois elle urine au lit. La nuit, les yeux ouverts, elle voit des voleurs, des fantômes.

Aujourd'hui, on constate un peu d'analgésie à droite, et un peu de thermo-anesthésie du même côté. La main droite est un peu moins forte que la gauche.

Pas d'achromatopsie.

Quand on lui demande où elle souffre, elle montre la région ova-

rienne droite ; douleur se propageant dans les reins ; il existe des flueurs blanches en très faible quantité.

Quand les attaques doivent venir, la malade est avertie ; elle a la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge.

Après ses attaques, jamais elle ne pleure. De plus, elle a, dit-on, une certaine difficulté à uriner.

16 mars. — Malgré la morsure de la langue et les émissions involontaires d'urine, on avait hésité dans le diagnostic, se fondant surtout sur l'insuffisance absolue du bromure de potassium à dose élevée et aussi sur le facies du sujet. Enfin, ce diagnostic a paru assuré le jour (16 février 1880) où l'on a reconnu la douleur ovarienne et constaté l'existence de l'aura.

Aujourd'hui, elle se plaint d'une douleur ovarienne gauche.

Force dynamomérique { 20 kilog. à gauche.
25 » à droite.

Sensibilité normale.

Au mois d'avril, la malade n'a pas eu d'accès depuis le 2 mars. Elle a beaucoup grandi.

Continuation du traitement : pilules d'oxyde de zinc, hydrothérapie.

Un mois plus tard, la malade n'avait pas eu de nouvelles crises ; elle avait grandi d'au moins la moitié de la tête (1).

Période des contorsions et des grands mouvements. — La deuxième période de l'attaque d'hystéro-épylepsie a été appelée période des contorsions et des grands mouvements. Dans cette période, le petit malade que la dernière phase de la période épileptoïde avait laissé calme, saute brusquement au-dessus du plan du lit. Les jambes se replient légérement sous les cuisses, le tronc prend un point d'appui, sur les avant-bras fléchis sur les bras, les poings

1. Richer. *Loc. cit.*, p. 188.

appuyés sur le matelas; puis les quatre membres, par une détente brusque, se raidissent violemment dans un mouvement d'extension, projetant le corps à plusieurs centimètres au-dessus du lit. Le petit malade retombe pour recommencer aussitôt la même manœuvre.

Au lieu de ces bonds que nous venons de décrire, on peut observer les mouvements de salutation. Les jambes alors ne quittent pas le plan du lit, mais le malade après avoir fléchi le tronc de manière à ce que la tête vienne presque toucher les genoux, se redresse brusquement dans l'extension. La tête se rejette violemment en arrière, frappant l'oreiller avec force : puis le même mouvement se reproduit aussitôt et cela un grand nombre de fois de suite.

Tout à coup, le malade se dresse sur son lit, les pointes des pieds et la tête reposant seuls. C'est l'arc de cercle. Tout le corps est replié en un arc dont la concavité regarde le plan du lit. Le ventre est proéminent. Entre le sacrum et le lit existe souvent un espace assez considérable. Quelquefois le malade prend la même position, seulement dans un plan différent : il est couché sur le lit, le côté droit ou le côté gauche reposant sur le matelas et tout le corps tétanisé dans la situation de l'arc de cercle. D'autres fois, c'est le ventre seul qui pose, les pieds et la tête regardant en l'air. L'arc de cercle a dans ce cas sa concavité tournée en haut.

Voilà les mouvements que l'on pourrait appeler « classiques », qui carectérisent cette période. C'est qu'en effet ce sont eux que l'on rencontre le plus souvent et chez le plus grand nombre de malades. L'arc de cercle, entre autres, est un signe excellent de diagnostic pour les atta-

ques . On ne le rencontre avec ces caractères dans aucune autre affection convulsive. Mais on peut observer d'autres contorsions, d'autres grands mouvements. Quelquefois, le malade jette les bras et les jambes de côté et d'autre, se précipite de son lit, roule sur le sol se débattant dans les convulsions les plus désordonnées.

Presque toujours pendant cette période, l'enfant pousse des cris aigus en se débattant, mais il ne parle pas.

Voici quelques observations dans lesquelles la phase des grands mouvements est très nette et qui achèveront de compléter cette description.

Observation V

Attaque convulsive. — Début par des pleurs et de l'agitation. — Grands mouvements rhythmés des bras et des jambes. — Arc de cercle. — Hallucinations.

Angèle H...., neuf ans, se présente à la consultation externe le 29 octobre 1881.

Agée de neuf ans. Boîteuse de la jambe droite. La claudication paraît avoir son origine et son siége dans l'articulation de la hanche, car la fesse est contractée et atrophiée. Pour marcher, elle se hanche du côté droit, et l'omoplate droite est manifestement plus saillante que la gauche.

Le grand père de la malade boîtait comme elle. Il est resté un an dans un asile d'aliénés et est mort à la suite d'un accès de délirium tremens.

La grand'mère avait fréquemment des migraines. La tante également.

La mère est atteinte d'hystéro-épilepsie depuis deux ans; a été traitée par l'électricité statique.

La malade est d'un caractère nerveux.

La première attaque a été caractérisée surtout par des mouvements de colère. La malade arracha brusquement son peigne de ses cheveux, le jeta à terre ainsi que l'ouvrage au crochet auquel elle travaillait: cette crise se termina par des pleurs.

Quelques jours après, à la suite d'une contrariété, éclataient de nouvelles attaques, caractérisées ainsi qu'il suit.

La malade commence à pleurer, elle s'agite, crie et cela pendant quelquefois une heure.

Puis surviennent des secousses des bras d'une rapidité extraordinaire autour de la tête, comme si la malade cherchait à chasser quelque chose qui l'importunerait. A ces mouvements des bras se joignent bientôt des secousses semblables dans les jambes qui repoussent les convertures du lit et battent l'air et le parquet ou le matelas avec rapidité.

Bientôt, ces mouvements se généralisent, la malade se roule sur le lit et se place en arc de cercle, les jambes et la tête seules portant. Quelquefois, c'est le ventre qui porte sur le lit, les jambes et la tête étant fortement redressées.

Survient enfin, une dernière période dans laquelle la malade marche vers un obstacle imaginaire et frappe les personnes qui veulent la recoucher.

La crise finie, la malade n'en garde aucun souvenir, demande d'où vient le désordre de son lit et s'endort bientôt d'un sommeil paisible.

Il n'existe pas chez cette malade de troubles de la sensibilité; champ visuel normal. Pas de point ovarique (1).

Observation VI

Hystérie convulsive chez une enfant de douze ans. — Attaque de clownisme. — Baillements. — Point hystérogène épigastrique arrêtant l'attaque.

Au milieu d'une conversation animée, d'un amusement, livrée à un

1. Richer. *Loc. cit.* p. 371.

travail, ou même immobile spectatrice de ce qui passe autour d'elle, cette jeune fille, âgée de douze ans, commence à bailler : son aspect prend une teinte particulière : elle soupire, chancelle, perd ses forces, ne sait plus ce qu'elle veut, ce qu'elle fait, accuse des douleurs aux jambes, à la nuque, enfin à l'épigastre ; agite son bras droit sur sa tête comme un postillon faisant claquer son fouet. Elle délire, et si elle a mangé depuis peu, il lui survient des nausées, des vomissements de mucosités d'abord, ensuite de matière plus ou moins digérées. Elle vacille, tombe, s'assoupit et cherche à se relever, puis retombe encore et s'assoupit de nouveau, tend ses membres qui deviennent d'une raideur tétanique, grince des dents, pousse un soupir et se lève avec vivacité, s'agite en tous sens ; ses forces et sa dextérité deviennent prodigieuses en s'agitant. Elle court, s'élance, bondit, saute, monte, grimpe, descend avec une surprenante adresse, une étonnante agilité : elle danse sur une table, sur un bâton placé transversalement, sur le dossier d'une chaise, sur les épaules, sur la tête d'un homme, et ne perd presque jamais l'équilibre. Le pouls bat 130, son œil est fixe, le regard farouche, la pupille dilatée. Elle ne connaît personne, n'entend plus rien. Elle voit, mais n'observe pas ; elle est insensible aux piqûres, au feu même ; elle frappe, se heurte et ne se plaint pas. Elle a souvent soif et crie « à boire, sœur » elle saisit la coupe, boit d'une manière convulsive, et semblable à l'hydrophobe, elle rejette cette coupe avec horreur. Elle se repose quelques minutes et recommence : puis elle caresse, rit, se mord et recommence encore.

Quelquefois, elle se jette à terre, frappe alternativement des bras et des jambes, son corps s'arque tantôt devant, tantôt derrière ; d'autres fois, les mouvements ne se font que d'un côté, l'autre semblant paralysé. Le mal cède graduellement, elle tombe affaiblie, mais ne sue pas, malgré ce travail et l'extrême chaleur de l'étable ; elle soupire, étend les bras, demande à boire, à se coucher. Son sommeil est troublé par intervalles, il lui semble, dit-elle « avoir au gosier un corps qu'elle ne peut avaler », elle est agitée par des soubresauts, des mouvements convulsifs qui se calment, et après une heure tout est fini. Le pouls bat 120 ; à son réveil, elle éprouve un

peu de fatigue qui disparaît bientôt pour faire place à la parfaite tranquillité de ses sens. Les attaques sont irrégulières : tantôt deux fois par jour, tantôt une, et c'est l'ordinaire, quelquefois les accès ne reviennent que tous les jours ; d'autres fois, ils laissent un intervalle de huit jours, sans que rien puisse expliquer ces irrégularités. La durée moyenne des accès est d'une heure, mais, ce qui m'a le plus surpris, c'est de pouvoir lui faire venir l'attaque et de pouvoir la lui faire disparaître à volonté. De légères frictions sur l'épigastre, pendant deux ou trois minutes suffisaient pour l'endormir pendant deux ou trois autres minutes, et tout se suivait comme il a été dit. Les mêmes frictions, exercées pendant trois ou quatre minutes la lui faisaient cesser; alors ce que j'appellerai sa *convalescence*, était plus pénible, plus longue. Elle se portait bien, mangeait de bon appétit et ne se plaignait que d'une douleur légère à la nuque suivie de rots qui la soulageaient (Mottard, *Gaz. méd. de Paris*, année 1836, p. 672) (1).

Observation VII

Hystérie convulsoire chez une enfant de treize ans. Attaque de clownisme

A. M..., jeune personne de treize ans, de forte constitution et ordinairement bien portante, fut prise, le 10 juin 1836, de quelques accidents nerveux analogues aux symptômes de la danse de Saint-Guy. Deux semaines auparavant, elle avait un peu de constipation et se plaignait de céphalalgie frontale. Les accidents nerveux débutaient soudainement, commençant par une *aura* qui remontait des orteils jusqu'à l'abdomen : il y avait un, deux ou trois spasmes de hoquet, puis un balancement latéral de la tête et du cou ; dans ce premier temps, le corps était penché, la partie antérieure des cuisses relevées vers l'abdomen, le front incliné sur la face postérieure de l'avant-bras droit, qui était maintenu au poignet par la main gauche. Après

1. Richer. *Loc. cit.* p. 206.

être restée pendant quelque temps dans cette position, tout à fait insensible aux agents extérieurs, ne se réveillant ni aux cris poussés autour d'elle, ni aux pincements, ni aux secousses les plus fortes, elle s'agitait dans toutes les directions, se pelotonait, souvent se mettait la tête en bas, les pieds en l'air et appuyée contre le mur. La figure était alors rouge, gonflée, anxieuse. La respiration s'arrêtait un instant, puis c'étaient des soupirs bruyants et saccadés.

Tantôt elle se renversait en arrière, ou fléchissant fortement la jambe, elle faisait toucher ses talons aux protubérances ischiatiques ; d'autres fois, elle se baissait tout à fait, ou battait le tambour avec une inconcevable rapidité ; elle dansait sur les genoux, agitant les mains comme une folle. Le plus souvent elle avait l'air colère quelquefois désappointé et comme dans le désespoir. Trois fois, pendant une attaque elle tourna rapidement sur ses genoux ; puis elle saisit avec les mains les bords de son lit comme pour en détacher un morceau, et ne pouvant y réussir, elle le mordit avec ses dents.

Tels étaient les principaux phénomènes de cette étrange affection. Du reste, l'accès fini, la malade n'avait plus conscience de ce qui s'était passé. Les attaques étaient au nombre de quatorze à quinze ; elles commençaient avec assez de régularité vers huit heures du matin, et revenaient à des intervalles plus ou moins courts jusqu'à dix et onze heures du soir. Il n'y en avait point pendant la nuit. La durée d'un accès variait de vingt minutes à une demi-heure, et, dans les derniers temps, d'une heure à une heure et demie quelquefois deux heures (1).

Observation VIII

Jeune malade de Saintes. — Accidents hystériques, variés. — Crises convulsives, très violentes, essentiellement composées de phénomènes appartenant à la deuxième période. — Arc de cercle.

M. le Dr Bouyer a observé à Saintes, un exemple fort intéressant

1. Dr Richer. *Loc. cit.*, p. 204.

de contracture hystérique de la jambe droite, survenue à la suite d'un traumatisme (le membre, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, était immobilisé dans la flexion, la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse de telle façon que le talon touchait les fesses). Mlle X..., âgée alors de onze ans, présenta dans la suite les signes les plus variés de la grande hystérie : contracture de l'œsophage qui nécessita pendant sept mois l'usage de la sonde œsophagienne. Attaques convulsives violentes; surdité absolue ou bien hypéresthésie de l'ouïe telle que le moindre bruit insolite la plongeait dans les crises les plus terribles ; perte de la vue, de l'odorat, du toucher ; visions, hallucinations..... Tous ces accidents disparurent peu à peu. A treize ans, époque vers laquelle les règles s'établirent, la malade ne conservait plus que la contracture de la jambe qui ne céda que bien plus tard, vers l'âge de dix-sept ans. La guérison fut spontanée ; la contracture avait duré environ dix ans.

Cette malade fut examinée par M. Charcot et le docteur Bouyer a publié les principaux détails de cette observation dans *la Gazette des Hôpitaux* de 1878 et de 1879.

Au sujet des attaques qui se montrèrent très violentes pendant trois mois, l'auteur est assez bref.

« Je n'entrerai pas dans le détail de ce que cette enfant nous a présenté dans les trois mois suivants : contractions toniques et cloniques (première période) crises qui occupaient autour d'elle dix ou douze personnes ; bonds, sauts, contorsions de toutes sortes ; perte absolue de l'ouïe ; perte absolue de la vue ; contracture en arc de cercle sur le dos, sur le côté et le devant du corps. Enfin, tout ce que cette cruelle névrose peut offrir d'inouï et d'extraordinaire elle nous l'a présenté pendant ces trois mois. »

Dans quelques notes inédites, remises par M. Bouyer à M. Charcot, nous trouvons quelques nouveaux détails : la distinction et la succession des grands mouvements et des contorsions sont parfaitement indiquées :

« Elle était en proie à des crises de convulsions non précédées d'aura (ou du moins je n'en ai pu saisir), et lorsque commençait une

crise il fallait à la hâte jeter sur le parquet cinq ou six matelas sur lesquels elle faisait pendant une demi-heure des bonds prodigieux ; dans *une autre période*, c'était un autre genre de convulsions; son corps s'arc-boutait sur le synciput et les talons, et on pouvait ainsi la porter.

« Plus loin, l'auteur ajoute que vers la même époque « les fonctions cérébrales souffraient aussi, car la jeune fille racontait des visions et des hallucinations qui lui fatiguaient l'esprit (1). »

Troisième période : Attitudes passionnelles. — Bientôt ces grands mouvements cessent et alors survient une troisième période; celle des attitudes passionnelles. Celle-ci résulte toujours d'hallucinations auxquelles les petits malades sont alors en proie. Ces hallucinations se rapportent le plus souvent à des faits saillants de l'existence des sujets, à des circonstances qui ont marqué dans sa vie et l'ont violemment impressionné. Les attitudes empruntent leur caractère à la nature de l'hallucination qui les a fait naître, gaies lorsque l'hallucination a quelque chose d'agréable, elles offrent l'image de la terreur et de l'effroi si l'hallucination est elle-même terrifiante. Cette période nous a paru être celle qui manquait le plus souvent dans les attaques d'hystérie infantile. Elle existe néanmoins dans les cas complets et nous en citons ici un exemple.

Observation IX

Hystérie chez un jeune garçon. — Chorée rhythmique. — Hémianesthésie gauche. — Dyschromatopsie. — Attaque composée de quatre périodes.

M. X...., âgé de 11 ans, né à New-York (États-Unis), présente les symptômes suivants :

1. Richer *Loc. cit* p. 42).

Avant l'attaque se montre l'aura hystérique, consistant en douleur au pli de l'aîne gauche (le petit malade est monnorchide droit, le testicule gauche est encore dans le canal inguinal), épigastralgie, constriction à la gorge, sifflements dans les oreilles, obnubilation de la vue, battements dans la tête, puis perte de connaissance.

1° La période qui suit cet état est caractérisée par de la raideur du corps, de la face, de la fixité du regard : les pupilles sont dilatées, les conjonctives hyperhémiées.

Ensuite apparaissent des mouvements rapides et grimaçants de la face, les oscillations des membres supérieurs et inférieurs gagnent tout le corps.

Ces mouvements classiques sont suivis de la résolution et du relâchement des muscles.

2° Après une à deux minutes de calme, le petit malade grimace, contourne ses membres, crispe ses doigts ; puis il s'agite, jette les jambes à droite et à gauche, projette fortement son corps en avant, le recourbe en arc de cercle, ou bien, si on le laisse dans le jardin, il court à droite et à gauche en faisant des cercles concentriques et en poussant des cris stridents et prolongés. Ces contorsions suivies de *grands mouvements* ne tardent pas à disparaître.

3° Les attitudes passionnelles se montrent. Tantôt ce sont des poses comme pour lutter ou se défendre ; tantôt c'est celle d'un prédicateur ; mais elles durent à peine et la période de délire et des hallucinations commence.

4° Le petit malade ne voit pas d'animaux, mais il entend des bruits de pas, et voit des soldats jouant de la musique. D'autres fois, ce sont les tambours qui battent aux champs. Mais le délire s'accentue, le jeune X.... se met à prêcher, à pérorer. Puis tout rentre dans l'ordre, et le malade n'a plus qu'un vague souvenir de ce qui vient de se passer (1).

Quatrième période : Délire. — La dernière période commence. La connaissance revient peu à peu au petit ma-

1. Richer. *Loc. cit.*, p. 435.

lade. Il commence à ouvrir les yeux, à regarder les objets qui l'environnent, à reconnaître les personnes qui l'entourent.

Mais il n'est pas encore dans son état normal. En effet, on constate bientôt qu'il suit une idée fixe ou qu'il prononce des paroles sans suite. Il délire. Ce délire peut encore, comme dans la période précédente se rattacher à une circonstance grave ayant produit une impression vive dans la vie du malade. Il roule souvent sur le même sujet chez le même enfant, avec quelques variantes, bien entendu pour chaque attaque ; mais le plus souvent, le fond reste le même. Quelquefois gai, il est le plus souvent l'expression d'un sentiment de crainte et d'effroi. Peu à peu il s'atténue ; l'enfant rentre de plus en plus dans la vie réelle : et au bout d'un quart d'heure d'une demi-heure, souvent beaucoup plus tôt, très rarement plus tard, le calme est complètement revenu, l'orage définitivement calmé.

Voici une observation qui donnera une idée de ce délire qui survient dans la dernière période de l'attaque de grande hystérie infantile.

Observation X

Attaques convulsives. — Crises de délire. — Influence d'une vive émotion sur l'adjonction d'une plase délirante aux crises d'abord uniquement convulsives.

R..., 13 ans. Entrée le 5 janvier 1883 service de M. Charcot, salle Duchenne (de Boulogne).

Fille de père et mère nerveux, cette jeune malade se plaint depuis

six mois de douleurs « dans le ventre » et a des attaques qu'on dit être des attaques de « folie. » La mère, en effet, nous raconte ce qui suit au sujet des attaques en question. Ces attaques se sont montrées il y a six mois ; la malade en avait eu déjà plusieurs, lorsqu'elle fut un jour effrayée par la vue d'un chien. Depuis ce moment, serait survenue une modification dans la physionomie des attaques, qui auraient été dès lors accompagnées de cris et d'hallucinations. Ces attaques reviendraient avec une certaine périodicité vers dix heures du soir. Depuis quelque temps, elles revêtiraient la forme de véritables attaques de folie. A différents reprises, la malade se serait armée d'un couteau et aurait cherché à blesser les personnes qui l'entouraient.

Etat actuel. — janvier 1883. — L'examen de la malade nous démontre ce qui suit : 1° Il existe un point douloureux, le point ovarique gauche ; 2° il n'y a pas d'hémianesthésie proprement dite, mais on constate que le froid est moins bien senti du côté gauche que du côté droit ; 3° la sensibilité spéciale est affectée légèrement et d'une façon assez irrégulière ; l'ouïe est très diminuée des deux côtés ; il existe un rétrécissement du champ visuel, prononcé surtout à droite.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade a eu plusieurs attaques, et voici comment celles-ci se caractérisent.

L'aura consiste dans une sensation de pesanteur au niveau du creux épigastrique qui va remontant vers le cou (boule hystérique) ; en même temps il y a des battements dans les deux tempes.

Puis la malade se raidit, et cette phase épileptoïde est de courte durée et inconstante.

La phase des contorsions succède à la précédente. Elle est assez prolongée, consiste dans des mouvements irréguliers ; la malade mord son traversin, déchire ses draps. Elle ne se met pas en arc de cercle ni dans la situation du crucifiement.

Après les contorsions apparaît le délire. La malade voit un chien qui veut la mordre. Elle crie : « Maman, j'ai peur ; chasse-le, chasse-le ! » en même temps elle dissimule sa tête sous ses oreillers comme pour échapper au chien qui l'effraye.

Depuis que la malade est dans le service, nous n'avons pas cons-

taté ce délire d'action dont la mère nous avait parlé ; mais cela tient vraisemblablement à ce que la malade est retenue par la camisole et n'a pas sous la main les objets, couteaux et autres dont elle paraît s'être servie chez elle pour dramatiser son délire.

Les attaques, chez cette malade, ont toujours été isolées ; nous ne les avons jamais vues survenir en série (1).

Nous venons de décrire une attaque de grande hystérie infantile dans ce qu'elle a de plus complet. Mais les choses ne se présentent pas toujours ainsi et on peut être appelé à constater des attaques qui, au premier abord, diffèrent notablement de la description que nous venons de donner.

Cette dissemblance apparente provient de ce que souvent, une des périodes de l'attaque apparaît seule, prenant alors un développement exagéré et laissant les autres dans l'ombre; quelquefois même, celles-ci n'existent pas. C'est ce qui arrive pour la petite fille qui fait le sujet de l'Obs. I et chez laquelle la période épileptoïde était seule. Ce sont les cas les plus difficiles à demêler; car pour les autres, aucune affection convulsive ne ressemble aux grands mouvements et à l'arc de cercle de la 2me période ni aux attitudes passionnelles de la 3me.

Quant au délire, il apparaît rarement seul : cependant voici une observation dans laquelle il tient une si large part qu'on peut le considérer comme constituant à lui seul l'attaque.

1. Richer, *loc. cit.* p. 380.

Observation XI

Attaques convulsives avec idées de possession et de multiplicité de la personalité chez un enfant

Marguerite B..., âgée de onze ans, d'un caractère un peu violent, mais ayant des sentiments chrétiens et pieux, fut prise le 19 janvier 1829, sans avoir eu aucun malaise, d'attaques convulsives qui se répétèrent pendant deux jours, avec de rares et courtes interruptions. Tant que les convulsions duraient, l'enfant était sans connaissance, elle roulait ses yeux, faisait des grimaces et exécutait avec ses bras toutes sortes de mouvements bizarres. Le 21 janvier elle fit entendre à plusieurs reprises autour d'elle une voix qui disait : « On prie pour toi ! » Aussitôt l'enfant revint à elle ; elle était fatiguée, épuisée, mais elle ne savait rien de ce qui s'était passé, et disait seulement qu'elle avait rêvé. Le 22 janvier, une autre voix basse, qui différait manifestement de la première, commença à se faire entendre aussi. Cette voix parlait presque sans discontinuer, tant que la crise durait, c'est-à-dire une demi-heure, une heure et plus ; elle n'était que parfois interrompue par la première qui répétait toujours : « On prie bien pour toi ! » Evidemment, cette voix voulait représenter une personne différente de celle de la malade et s'en distinguait exactement en se rendant objective et en parlant de la malade à la troisième personne. Dans ce que disait cette voix, il n'y avait pas de confusion, ni d'incohérence ; elle parlait avec une conséquence rigoureuse, répondant d'une manière logique à toutes les questions ou les rejetant avec un air moqueur.

Mais ce qui faisait la différence principale de ces discours, c'était leur caractère moral ou plutôt immoral ; ils exprimaient la vanité, l'arrogance, la raillerie ou la haine contre la vérité, contre Dieu et le Christ. — « Je suis le fils de Dieu, le sauveur du monde, tu dois m'adorer. » Voilà ce disait d'abord cette voix, puis elle le répéta souvent : moqueries contre les choses saintes, contre Dieu, le Christ et la Bible ; indignation violente contre ceux qui aiment le bien ;

malédictions les plus abominables, une fureur excessive, mille fois répétée, et une rage affreuse en apercevant quelqu'un occupé à prier ou même joignant simplement les mains. On pouvait considérer tout cela comme les symptômes d'une influence étrangère, bien que cette voix n'ait pas trahi elle-même le nom de celui qui tenait tous ces discours, en se nommant un diable, comme cela arrive souvent. Dès que ce démon se faisait entendre, les traits de la jeune fille s'altéraient immédiatement d'une manière surprenante, et elle avait alors chaque fois un aspect diabolique, dont on peut se faire une idée en lisant dans la *Messiade* le tableau du diable offrant une pierre à Jésus.

Le 26 janvier, à onze heures du matin, c'est-à-dire à l'heure, où d'après son dire, un ange lui avait annoncé, plusieurs jours auparavant, qu'elle serait délivrée, tous ces phénomènes cessèrent. La dernière chose qu'on entendit, ce fut une voix sortant de la bouche de la malade et qui disait : « Va-t-en, esprit immonde, retire-toi de cette enfant. »

Le 31 janvier, le même état se reproduit avec les mêmes symptômes. Mais peu à peu de nouvelles voix s'ajoutèrent à la première, jusqu'à ce que la malade en comptât six, différant entre elles, soit par le timbre, soit par le langage, soit enfin par leurs discours, dont chacune représentait la voix d'une personne distincte, et était annoncée comme telle à la malade par la première voix qu'elle avait si souvent entendue. La violence de la rage, des malédictions, des blasphèmes et des reproches que lui adressaient ces voix atteignit, dans cette période de la maladie, le degré le plus élevé, et les intervalles de lucidité, dans lesquels, du reste, la jeune fille ne gardait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant le paroxysme (elle priait alors et lisait avec ferveur), ces intervalles, dis-je, furent plus rares et plus courts. Le 9 février, qui, comme le 31 janvier, avait été annoncé à la malade comme un jour de délivrance, mit fin à cet état misérable, et, comme la première fois, ce fut à 11 heures du matin, après que la voix eut annoncé à plusieurs reprises son départ, qu'on entendit sortir de la bouche de la malade ces mots : « Va-t-en, esprit immonde, re-

tire-toi de cette enfant ; ton règne est fini maintenant. » La jeune fille revint à elle, et depuis lors, elle n'a pas eu de rechute (*Kermer*, *Geschichten Besessener*. Stuttgard, 1834 (1).

Quelquefois, on voit se mêler aux attaques des phénomènes de léthargie, de catalepsie ou de somnambulisme comme cela a été décrit chez les adultes.

Ainsi, au milieu d'une attaque, on voit quelquefois le petit malade tomber comme frappé de mort et rester immobile pendant des heures entières. D'autres fois, c'est à la fin de l'attaque que l'enfant semble s'endormir d'un sommeil réparateur ; mais le reveil se fait attendre et on a beau le secouer, le sujet reste plongé dans le sommeil : on se trouve en face d'une attaque de léthargie qui est venue compliquer l'attaquer d'hystérie. D'autres fois, la léthargie survient d'emblée, constituant à elle seule l'attaque. Voici quelques exemples de ce genre.

Observation XII

Accès de suffocation avec palpitations. — Hoquet continuels durant deux ou trois heures et revenant à diverses reprises. — Crises convulsives très violentes présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique. — Attaque de léthargie avec mort apparente ayant duré une heure. Sur une attaque d'hystérie portée au plus haut degré, recueillie par le citoyen Severin-Marestant, médecin de l'école de Paris (2).

Clémentine F.... née à Paris, âgée de treize ans, cheveux et sourcils blonds, d'une constitution délicate, ayant les seins et les parties géni-

1. Paul Richer. *Loc. cit.*, p. 235.
2. Cité par Richer, *Loc. cit.* p. 451. *Journal de Corvisart.* Vendémiaire an XI, 1803, T. V p. 218.

tales peu développés pour son âge, sensible et très irritable, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans; seulement, elle avait éprouvé de temps en temps quelques rhumes légers et des accès fébriles de vingt-quatre heures. Ce fut à cette époque et sans cause connue comme sans symptômes précurseurs qu'elle éprouve tout à coup un sentiment de strangulation avec menace de suffocation et des palpitations légères. (Depuis ce moment les palpitations reviennent fréquemment, mais elles sont de peu de durée). Huit jours après elle éprouva des hoquets continuels pendant deux ou trois heures; ils se répétèrent plusieurs fois à des époques indéterminées et à des intervalles de dix, douze, ou quinze jours.

Pour les apaiser, le médecin conseilla les bains. La jeune malade en avait pris neuf, lorsqu'elle éprouva une attaque de convulsions très forte qui revint tous les huit ou dix jours.

Ensuite, pendant quatre mois consécutifs, elle eut tous les jours des convulsions accompagnées de hoquets et de cris effrayants; puis les accès devinrent plus rares, mais plus forts. Ils furent accompagnés de convulsions de tous les muscles du tronc et des extrémités.

Ces affections spasmodiques ont duré jusqu'au 13 germinal de l'an X, jour où je fus appelé et où je fus témoin d'un accès qui, au rapport des parents, fut le plus long et le plus violent de tous ceux qu'elle avait éprouvés. En effet, il dura depuis huit heures du soir jusqu'à trois heures du matin, avec quelques rémissions momentanées. Les symptômes furent très variés, et on ne peut s'empêcher d'y reconnaître la plupart de ceux qui caractérisent l'hystérie, l'épilepsie, la manie et même l'hydrophobie.

L'invasion fut subite et sans symptômes avant-coureurs. La jeune personne tomba tout à coup et resta sans mouvements et sans paroles. Il y eut ensuite *contractian vive des muscles masséters*, grincement de dents, *rire apparent et mouvement irrégulier de tous les muscles soumis à l'empire de la volonté.* Bientôt après, des éclats de rire immodérés se manifestèrent et furent suivis d'une raideur tétanique des extrémités inférieures, dans laquelle la pointe des pieds était fortement tournée en dedans.

Après quelques instants de rémission, les symptômes devinrent plus violents. Le cœur battait tumultueusement, le pouls était plus fréquent, petit et irrégulier. *Les contractions musculaires étaient si fortes, qu'à peine trois ou quatre personnes pouvaient contenir la malade*. Elle poussait par intervalles des cris *aigus* ; lorsque ses mains étaient libres, elle se meurtrissait violemment ; lorsqu'elles étaient retenues, elle cherchait à se frapper la tête contre les objets environnants. Les courts instants de rémission étaient marqués par une grande sensibilité. Elle embrassait sa mère et la caressait tendrement. Mais à ce calme succédèrent bientôt de nouveaux accès, signalés par des symptômes différents, tels que des *grimaces, des contorsions ridicules, des mouvements convulsifs des doigts, des pieds et des mains, le resserrement total de l'œsophage, les yeux hagards, la pupille dilatée; tantôt l'impossibilité d'ouvrir la bouche, tantôt celle de la fermer* ; enfin la perte entière de la sensibilité et la mort apparente. La respiration n'était plus sensible, et le pouls avait cessé. Cet état dura une heure après laquelle toutes les fonctions se ranimèrent insensiblement par l'application de deux sinapismes. Alors les convulsions recommencèrent avec la même violence qu'auparavant. Elles cessèrent enfin et la jeune personne parut bien calme; seulement elle se plaignait d'un grand picotement aux pieds. Elle éprouvait une fatigue et un malaise général. Elle demanda à boire et à manger; le reste du jour fut assez tranquille.

Le lendemain, nouvelle attaque; elle fut moins forte que celle de la veille ; entre beaucoup de symptômes pareils à ceux des accès précédents, j'en observai de nouveaux. *Dans les rémissions, elle montrait la plus grande insensibitité aux caresses de sa mère* ; *quelques instants après, elle feignait vouloir l'embrasser, et tâchait de la surprendre pour la mordre* ; elle rendit involontairement beaucoup d'urine et de vents.

Enfin, le 15 germinal au soir, accès nouveau ; il devança l'heure de celui du 14, il fut aussi moins long, et fut encore marqué par quelques symptômes nerveux : *l'écume lui vint à la bouche* ; *elle était d'une extravagance extrême, commandant tour à tour l'exer-*

cice militaire, et les figures et la danse ; tantôt avec une voix douce, tantôt avec un son aigu, d'autres fois rauque ressemblant à un hurlement, mais sans ordre ni justesse. *L'accès finit par une horreur pour sa mère, telle qu'elle ne voulait ni la voir, ni l'entendre,* qu'elle cherchait à la frapper, à la mordre, et lui disait de se retirer : ensuite elle se calma un peu. Alors, succéda nn raisonnement assez juste et suivi ; elle se mit à pleurer, se plaignant de sa mère, de sa cruauté pour elle, qu'elle lui refusait tout, qu'elle était lasse de vivre, qu'elle voulait mourir, qu'elle se jetterait sous le Pont-Neuf. En effet, je m'étais aperçu que pendant les deux derniers accès du 15, elle avait cherché à se nuire, en prenant vivement le conduit aérien dans l'espace triangulaire situé au-dessus du sternum. A force de caresses et de lui tout promettre, je parvins à apprendre que cette aversion pour sa mère, qu'elle aimait et caressait si tendrement dans les premiers accès du 13, tenait à ce qu'elle lui avait refusé l'avant-veille une montre en or qu'elle lui avait promise et qu'elle désirait ardemment.

Aussitôt je la lui fit donner. Bientôt elle fut aussi calme, aussi douce, aussi caressante qu'auparavant. Pendant les accès, j'avais tenté inutilement de lui faire prendre quelques cuillerées d'une potion calmante, et un lavement avec un gros d'assa fœtida dissous dans l'eau. Lorsqu'elle eut obtenu la montre, elle se soumit à tout. Le lavement fut bientôt rendu avec des matières fécales d'une puanteur et d'une odeur de choux pourris insupportable, avec des vents de même nature. J'ordonnai des lavements avec une infusion de tilleul, n'osant les rendre purgatifs dans la crainte d'irriter et de nuire. Je continuai la potion calmante, quoique je fusse bien persuadé que l'accès du 16 n'aurait pas lieu, la cause existante étant détruite, mais je dirigeai le traitement contre les causes prédisposantes que je crois avoir assez détaillées au commencement de cette observation pour n'en pas faire ici mention.

Observation XIII

Hystérie chez une enfaut de 8 ans. Attaque de léthargie

(Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. V. in-12). Au mois de juillet 1757, une fille de huit ans qui était à l'Hôpital général, eut plusieurs accès de *catalepsie* (?) ; lorsque je la vis, elle se plaignait de maux d'estomac, de douleurs vagues dans le bas ventre; elle sentait *une espèce de corps qui lui remontait vers l'œsophage.* Je lui ordonnai dix grains de mercure doux (protochlorure de mercure), et elle ne les eut pas plus tôt pris, qu'elle tomba dans un état de catalepsie qui dura douze heures. Je fus la voir le lendemain, et je la trouvai qui pleurait les yeux fermés. Je voulus lui relever la paupière, mais je sentis une résistance accompagnée *d'un clignotement continuel.* Elle avait les mâchoires collées, ses bras et ses jambes restaient dans la position où je les mettais, mais *ils conservaient quelque peu de mouvements et ne restaient pas longtemps dans la posture que je leur avais fait prendre* : elle n'avait, d'ailleurs ni sentiment, ni mouvement, et ne répondait à aucune des questions que je lui faisais. On lui donna une seconde dose de mercure doux ; elle guérit et s'est toujours bien portée depuis.

Comme le fait remarquer M. P. Richer (1) qui cite cette observation, c'est bien plutôt là une attaque de léthargie que de catalepsie vraie. Les yeux étaient fermés et les paupières animées d'un clignotement continuel.

Au lieu de phénomènes léthargiques, on peut avoir affaire à des symptômes rappelant l'état cataleptique. Au milieu de la phase des attitudes passionnelles, par exemple, le sujet reste dans l'attitude que l'hallucination provoquée par l'attaque lui avait fait prendre et le voilà immobilisé pour

1. Richer. *Loc. cit.* p. 272.

longtemps dans cette attitude. Si vous essayez de donner aux membres du malade une nouvelle situation, ils se laissent conduire, gardant les positions que vous leur donnez : cet état peut durer plus ou moins longtemps. Comme tout à l'heure pour la léthargie, la catalepsie peut se montrer seule sans qu'une attaque l'ait précédée ou l'ait suivie. Voici encore un exemple de cette variété d'attaque.

Observation XIV

Enfant de treize ans. Extase cataleptique.

Une jeune personne de treize ans, qui demeurait dans le village de Saint-Sébastien, près d'Alais, fut affligée pendant près de deux mois de la maladie suivante : elle resta assise durant tout ce temps, le jour et la nuit sans parler et sans donner le moindre signe de vie. Elle mangeait très peu, aussi était-elle extrêmement maigre, froide et presque sans pouls. D'une minute à l'autre, elle étendait ses bras en forme de croix et s'écriait en langue vulgaire : « Jean, Jean, ouvre-moi les portes du paradis. » Elle criait ensuite une minute, posait ses mains sur ses genoux, restait tranquille durant deux minutes ; après quoi elle recommençait le même manège. Les bras étaient raides lorsqu'elle les étendait ; mais les doigts étaient flexibles et ne conservaient point les positions imprimées. Les paysans du lieu attribuaient cette maladie à un charme (1).

Enfin, le somnambulisme lui-même peut venir s'ajouter aux phénomènes convulsifs décrits tout à l'heure. S'il survient au moment d'une attaque, c'est généralement pendant la phase de délire qu'il apparaît. L'enfant qui commence

1. Richer. *Loc. cit.*, p. 284.

à reprendre connaissance, continue à délirer ; peu à peu le regard devient de plus en plus vague, on voit le malade fixer des objets imaginaires ; puis peu à peu les yeux se ferment : le malade se lève d'un mouvement automatique et commence une série d'actes raisonnés ou plutôt qui n'ont du raisonnement que l'apparence, car tout ce que va faire désormais le sujet, il n'en a pas conscience. Il est en pleine attaque de somnambulisme. Ce que nous disions tout à l'heure de la léthargie et de la catalepsie peut s'appliquer à ces attaques de somnambulisme, elles peuvent survenir d'emblée sans être précédées d'attaques.

Nous donnons ici quelques exemples de cette variété somnambulique de l'attaque hystéro-épileptique infantile.

Observation XV

Hystérie chez une enfant de neuf ans. Attaques de somniation se terminant par des convulsions.

Mademoiselle X...., américaine, a quitté les Grandes-Antilles à l'âge de 8 ans, vers la fin de l'année 1849, pour venir habiter Paris avec toute sa famille. Enfant gâtée, capricieuse, emportée.

En juin 1850, maladie du grand-père, qui meurt le 9 juillet. Sa petite fille l'aimait passionnément.

Du 1er au 25 juillet, fièvre typhoïde de l'enfant.

Janvier-février 1851. — Premiers symptômes nerveux. Modification du caractère, tristesse, dégoût du travail et des amusements. Il semble que quelques accès de catalepsie soient passés inaperçus, car il est dit qu'elle restait souvent immobile, sans mot dire, les yeux fixes, et puis sortait de cet état d'extase pour pleurer. Le plus souvent, elle demeurait étrangère aux conversations qui avaient lieu devant

elle, ou n'y prenait part qu'accidentellement et brusquement comme si elle sortait d'un rêve.

Alors surviennent les attaques de somniation (avril).

Quatre, cinq ou six fois par semaine, en plein jour et jamais pendant la nuit, à jeûn comme après le repas, toujours à la maison, jamais dans la rue, l'enfant était prise d'un besoin irrésistible de dormir, fermait les yeux et perdait complètement l'usage de ses sens. Le plus souvent, le sommeil continuait quoi qu'on fît, et l'enfant rêvait tout haut de son grand-père qu'elle aimait tant, puis plus tard de sa tante, dont le souvenir pendant la veille était toujours plus ou moins uni à celui de son grand-père. Le retour à l'état normal spontané ou provoqué était toujours signalé par des convulsions cloniques, générales ou partielles des pleurs ou des sanglots.

A la date du 27 mai, une de ces attaques est décrite tout au long.

Véritable scène de somnambulisme. La malade, après s'être endormie, ouvre les yeux, se lève, marche, poursuit une hallucination, etc... Insensibilité absolue.

Au 15 juillet. — Amélioration par un traitement ferrugineux; les attaques cessent pour faire place à une toux convulsive, qui résiste à tout traitement.

16 août. — Retour des accès de somniation, semblables à ceux du commencement de la maladie (1),

Le 25 août. — Les règles apparaissent; les attaques de somniation continuent. Bientôt s'y joignent des attaques plus franchement hystéro-épileptiques, avec arc de cercle.

Observation XVI

Hystérie chez un jeune garçon. Crises à forme somnambulique

P. G..., né en 1865. Sa mère a eu pendant sa grossesse et l'allaitement des attaques d'hystérie auxquelles elle était sujette. Le développement physique de l'enfant ne présenta rien de particulier, mais

1. Richer. *Loc. cit.*, p. 312.

son caractère se montra bientôt violent, irascible, querelleur, batailleur, malgré un grand fonds de bonté et de sensibilité.

A sept ans, rhumatisme articulaire aigu qui le tient un mois au lit.

En 1879 (à l'âge de quinze ans) P. G..., qui suivait avec succès les classes d'un lycée, se plaint quelquefois de ne plus aussi bien comprendre, de sentir sa tête vide, d'y avoir comme une boule flottante. Il trébuche souvent en marchant et même il tombe plusieurs fois, toujours sur le dos. Il grandit rapidement et maigrit.

A la fin de février 1880, il ne va plus au lycée qu'avec répugnance; il accuse des douleurs dans les articulations. Le 28 du même mois il prend le lit et tout aussitôt se débat, récite avec goût de longs morceaux littéraires, improvise même, puis passe à des chants bizarres ou lugubres, pousse des cris, tout cela dans un état évidemment inconscient. Les jours suivants surviennent des crises violentes, surtout le soir. Il essaie de briser les objets environnants, de se tuer, de se jeter par la fenêtre.

La crise finit par le retour soudain et complet de l'intelligence. Dans les nuits qui suivent les crises, il y a généralement des manifestations de somnambulisme.

Dans la journée, il se met souvent, sans motif, à fuir et cherche à se cacher.

Il tombe parfois comme une masse inerte, semble ne pouvoir se relever et reste des heures entières, poussant des grognements si on veut le relever ou le déranger de sa position.

On constate l'anesthésie de toute la surface cutanée, l'achromatopsie des deux yeux, excepté pour le rouge, et (suivant la relation que nous transcrivons) la langue est souvent paralysée.

Du 28 février au 8 avril. — Il est traité par le bromure de potassium, les affusions froides, l'exercice et le séjour à la campagne, sans résultat.

On a alors recours à l'électrisation statique. Des crises d'un nouveau genre viennent s'ajouter aux anciennes. P. G... imite tout ce qu'il voit ou entend, mais avec calme et gravité.

De juillet à octobre. — Il se produit un mieux sensible; plus de

crises, seulement des caprices, des exigences déraisonnables, des brusqueries, des goûts bizarres. Il y a toujours, à un certain degré de la céphalalgie frontale, de l'insomnie, des cauchemars.

En octobre, il peut reprendre ses études au lycée dans la classe supérieure, et avec succès après une interruption de sept mois. Mais le 28 février 1881, un an après le debut de la maladie, les mêmes symptômes réapparaissent quoiqu'avec moins de gravité. La rechute est attribuée à une punition injuste. Les études sont de nouveau interrompues, et le traitement par l'électricité est suivi régulièrement jusqu'au mois d'octobre. L'amélioration s'accentue tellement que d'octobre 1881 à octobre 1882, le traitement n'a lieu que par intervalle, et que les études ne souffrent plus un seul jour d'interruption.

Mais le 12 octobre, à l'occasion d'une série d'opérations sur les dents, il survient une crise violente qui dure deux heures. La céphalalgie, l'insomnie, l'anesthésie reparaissent, l'aptitude au travail diminue. Cependant, les études ne sont pas absolument suspendues. La modification favorable du caractère persiste. P. G... est plus doux, plus affectueux envers les siens.

Dans le courant de janvier 1883, la sensibilité cutanée est complètement rétablie et l'état général est satisfaisant. P. G... a repris le cours de ses études; son intelligence et sa mémoire sont complètement conservées.

Ce qui précède est la reproduction textuelle d'une note qui nous a été remise par le père du malade. Nous aurons à revenir plus tard sur les détails du traitement. Pour le moment, nous nous bornerons à ajouter quelques traits à la description de la maladie et quelques réflexions sur son origine probable.

Nous avons été témoin de plusieurs crises. Le malade devenait sombre et taciturne, puis il commençait à se livrer à des actes désordonnés; il voulait s'enfuir, aller dans la rue ou se roulait par terre sans proférer une parole. Alors, la moindre opposition provoquait de sa part une lutte énergique, mais silencieuse, avec les personnes qui voulaient le contenir. Cette agitation ne semblait pas avoir de but déterminé; c'était plutôt la réaction contre toute contrainte qu'une

manifestation agressive. Pendant ce temps, la face était plutôt vultueuse (en raison surtout des efforts), et le regard vague.

Dans les crises d'imitation, dont il est parlé dans la note ci-dessus, P. G... après être resté quelque temps préoccupé et silencieux, se mettait tout à coup à répéter machinalement les paroles qui lui étaient adressées, en leur donnant même intonation, puis il reproduisait tous les gestes et attitudes de son interlocuteur ou de telle autre personne qui parvenait à attirer son attention. Il mettait à cela une attention et une étude vivement accusée par l'expression de sa physionomie.

D'autres fois, les actes automatiques étaient suggérés par les objets qui tombaient entre ses mains. Ainsi, se trouvant sur le tabouret électrique, il prenait un des excitateurs muni de sa chaînette et passait une heure ou deux dans l'attitude d'un pêcheur à la ligne, sans dire un mot.

Dans l'intervalle des crises, l'intelligence était parfaitement nette. Le malade ne conservait pourtant aucun souvenir et ne s'apercevait pas de la lacune qu'elles laissaient dans son existence.

Bien que notre attention se soit portée de ce côté, nous n'avons relevé aucun fait qui puisse faire attribuer à l'éveil de l'activité génitale une influence appréciable sur le développement de la maladie. Il paraît acquis que le jeune P. G..., (simple externe au lycée) n'a jamais eu d'habitudes vicieuses : mais il aurait eu pour la première fois des relations sexuelles peu de temps après le début de la maladie sans que la marche de celle-ci en ait été modifiée.

En revanche, les études, ou pour mieux dire, le système d'études suivi par P. G... semble devoir être incriminé. P. G. a toujours été, au lycée, considéré comme un très bon élève. Il est très studieux, plein d'émulation et de goût pour ses études littéraires. C'est avec un réel chagrin qu'il se sentait incapable de les continuer et voyait compromis les projets d'avenir de sa famille. Or, avec le régime du lycée, un élève zélé se trouve astreint à un travail intellectuel de douze à quinze heures par jour, dont une partie se passe dans des salles où l'éclairage et l'aération sont également défectueux. Pour les classes littéraires, ce travail porte sur des sujets abstraits, le plus souvent au-

dessus des facultés d'un enfant ou d'un adolescent. Ainsi, en nous enquérant des occupations du jeune P. G..., nous avons noté des sujets de dissertation de philosophie ou d'histoire qui auraient mieux convenu à des thèses de doctorat ou aux concours pour la carrière diplomatique, nul doute qu'une éducation intellectuelle ainsi réglée et sans aucun souci d'ailleurs du développement somatique, ne doive être une cause active de névrose, même chez des sujets non prédisposés à l'hystérie (1).

Observation XVII

Hystérie chez un jeune garçon de quatorze ans. Somnambulisme.

Antécédents héréditaires. — Une sœur du malade qu'on amène en même temps que lui (7 avril 1883) aurait eu *deux attaques*, à la suite desquelles le bras et la jambe du côté droit auraient été paralysés.

Le dos du pied est renversé en dehors quand elle marche ; les membres *du côté droit* ne sont pas plus grêles que ceux du *côté gauche.*

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en octobre 1882 avec rechute.

Il y a trois semaines, on a trouvé le malade, la nuit, *à terre*, hors de son lit. Le médecin lui a fait prendre du *bromure de potassium.* Il y a quinze jours, sa mère l'aperçut la nuit, il s'était encore levé ; il avait *les yeux ouverts* et fermés successivement. Il demanda du papier et un crayon, écrivit le nom de V. Hugo *et fit des vers.* Quand on l'approchait il disait : « *Allez-vous-en, vous me faites du mal.* »

La crise de somnambulisme a duré une heure environ.

Le lendemain, il va à son bureau comme de coutume, puis le soir il est pris d'une attaque de petite hystérie, il aurait fait l'*arc de cercle.*

Durant ces derniers quinze jours, il a plusieurs crises hystériques.

Il y a *trois jours*, une nouvelle crise de *somnambulisme* (3 avril

1. Richer. *Loc. cit.* p. 390. Obs. communiquée par le Dr Romain Vigouroux.

1883). Etant couché, il se lève, menace ses camarades et, quand on veut le toucher, crie : « *Allez-vous-en, vous me faites du mal.* » L'attaque est revenue tous les jours depuis *trois jours*, presque dès que le malade est endormi.

Le malade revient nous voir aujourd'hui *samedi*.

— Dans la nuit du mercredi au jeudi, s'est levé *deux fois*, se mettait à genoux, demandait du papier et un crayon « pour faire une machine pour ses camarades » petite crise qui consistait à se déchirer et à crier. Le matin, il paraissait très contrarié. La nuit de vendredi à samedi, il a répété le même manège ; puis s'est endormi pour se lever au matin à *dix heures*. En se levant, il est tout étonné d'apprendre ce qui s'est passé ; et quand on lui présente ses manuscrits il est très contrarié.

Sensibilité. — Sur le côté gauche se trouve une plaque hyperesthésique s'étendant depuis l'épine iliaque jusqu'à la huitième côte, sur une largeur de *dix centimètres*. Une plaque analogue se trouve sur le pariétal gauche.

Il est à remarquer que, lorsque le malade va avoir une attaque, il sent au niveau des poumons des points hypéresthésiques (tête et coté) un picotement qui le fait s'écrier : « Dépêchons-nous, je vais tomber (7 av. 83) (1).

Nous voici arrivé au terme de cette étude de l'hystérie convulsive chez l'enfant. On voit que d'étroites analogies la relient à l'hystérie convulsive de l'adulte. Comme chez lui, la grande attaque peut être divisée en ses quatre périodes, épileptoïde, grands mouvements, attitude passionnelle, délire ; la période épileptoïde elle-même se dédouble chez l'enfant comme chez l'adulte en ses trois phases tonique, clonique et de résolution. S'il fallait, au milieu de ces liens étroits qui rattachent l'affection évoluant chez l'adulte

1. *Loc. cit.*, p. 379. Obs. recueillie par M. Ballet.

et chez l'enfant, trouver quelques points de différenciation, nous dirions que dans le jeune âge la phase des attitudes passionnelles est, de toutes, celle qui manque le plus souvent. Quand elle existe, elle a rarement ce caractère d'intensité qu'elle acquiert chez la femme ou chez l'homme, et cela se comprend. L'enfant qui n'a pas encore eu de passions ou chez lequel elles n'ont jamais eu l'intensité qu'elles atteignent chez l'adulte est bien moins que lui habitué à les rendre. Les expressions de la haine, du dégoût, de l'affection, de l'amour sont toujours bien plus intenses, chez l'adulte, bien mieux rendues par lui, qui, soumis plus souvent aux sentiments que nous venons d'énumérer, a pour ainsi dire fait son éducation dans l'art de les exprimer. Si donc, par le fait d'une hallucination, les sentiments affectifs dont nous parlons sont éveillés, leur expression sera facile et saisissante chez l'adulte, esquissée et en demi-teinte pour ainsi dire chez l'enfant. Quant à la phase des grands mouvements, il est à peine besoin de dire qu'elle n'emprunte jamais chez l'enfant les caractères de brutalité et de violence qu'on lui voit chez la femme, surtout chez l'homme. Le déplacement de force musculaire est énorme eu égard à la taille et à l'âge du jeune malade, mais jamais la scène n'acquiert les proportions formidables qu'elle atteint chez les adultes.

Quant aux phénomènes de léthargie, de catalepsie et de somnambulisme qui viennent quelquefois compliquer l'attaque, on en a cité beaucoup de cas semblables chez l'adulte, et M. Paul Richer, dans son livre, en a donné un grand nombre d'observations.

En résumé, l'attaque d'hystérie-épilepsie chez l'enfant

se comporte comme chez l'adulte : c'est la même symptômatologie à peine modifiée dans ses détails par les différences qui, au point de vue dynamique, séparent l'adolescence du jeune âge.

SYMPTOMES INTERMÉDIAIRES AUX ATTAQUES

Troubles de la sensibilité. — Les troubles de la sensibilité jouent un rôle considérable dans la symptomatologie de l'hystérie et ils viennent souvent éclairer un diagnostic resté obscur avant leur constatation.

Ces troubles sensitifs peuvent être de deux sortes. Tantôt c'est une diminution considérable de la sensibilité pouvant aller même jusqu'à la disparition complète de celle-ci : c'est l'anesthésie. Dans d'autres cas, au contraire, on a affaire à une exagération de cette faculté : c'est l'hyperesthésie.

Anesthésie. — L'anesthésie est un des troubles de sensibilité que l'on rencontre le plus fréquemment chez les jeunes hystériques. On peut dire qu'elle a chez eux la même valeur diagnostique que chez l'adulte. Cette anesthésie peut porter sur tous les modes de sensibilité à la fois ou n'intéresser que l'un quelconque de ces modes à l'exclusion des autres. C'est ainsi qu'il arrive fréquemment que la piqûre et le pincement n'étant pas perçus dans une région du corps, le simple contact est nettement senti au même

endroit : il en est de même de la sensibilité à la chaleur Si, sur une région où la piqûre et le pincement n'ont déterminé aucune réaction, vous promenez un morceau de glace, l'enfant réagira très bien, indiquant le froid perçu.

Cette variété d'anesthésie est l'analgésie. C'est elle qui est de beaucoup la plus fréquente.

Le plus souvent, la peau seule est atteinte, car si une complication articulaire, par exemple, survient dans le cours de l'anesthésie, des douleurs très vives, ayant pour point de départ l'articulation, peuvent en être la conséquence, la peau, à l'endroit même le plus douloureux, restant insensible à la piqûre et aux pincements. Il peut arriver qu'un enfant en jouant se donne une entorse, par exemple. La pression au niveau des ligaments déchirés déterminera une vive douleur ; mais si la peau de la région était le siège d'une anesthésie avant la chute, cette anesthésie persistera, et, là où vous ne pouvez exercer une pression sans faire sauter le malade, vous pourrez tirailler, traverser la peau avec une épingle sans que l'enfant s'en aperçoive s'il a les yeux fermés.

L'anesthésie se distribue de façons différentes sur la surface du corps.

Son mode de répartition le plus fréquent chez l'adulte est l'hémi-anesthésie. On l'observe peut-être un peu moins fréquemment. chez l'enfant que chez l'adulte. Dans le jeune âge, ce sont surtout les plaques d'anesthésie qui se rencontrent fréquemment. Cependant l'hémi-anesthésie n'est pas rare chez l'enfant, et dans les observations que nous avons rapportées dans ce travail, elle y est assez fréquemment notée. Dans ces cas, toute une moitié du corps est le siège de

l'anesthésie, et une ligne verticale allant du vertex à la symphise pubienne et se prolongeant entre les deux membres inférieurs, établit la limite entre la moitié sensible et celle qui ne l'est pas. Généralement, s'il existe un point hystérogène, l'hémi-anesthésie se trouve du même côté que celui-ci.

Il est à remarquer que cette lésion passe le plus souvent inaperçue aux yeux du petit malade. Dans ses jeux, il se heurte violemment sans s'en douter, aux objets qui l'environnent, et on l'étonne souvent en lui montrant son côté insensible couvert d'ecchymoses dont il lui est impossible d'expliquer la provenance. Même remarque avait du reste été faite pour l'adulte.

L'hémi-anesthésie ne reste pas toujours localisée chez le même sujet au côté du corps qu'elle avait tout d'abord envahi. On la voit passer fréquemment du côté opposé, le côté primitivement atteint recouvrant sa sensibilité.

Le phénomène peut s'observer spontanément, mais certains agents ont le pouvoir de le provoquer. C'est ce que l'on a appelé les agents esthésiogènes. Les principaux sont les aimants et l'électricité, et parmi les différents modes d'électricité, c'est à l'électricité statique qu'il faut donner la préférence. Sous leur influence, on voit l'anesthésie quitter la moitié du corps envahi, repasser sur l'autre moitié et si l'on continue l'expérience, on voit le phénomène se reproduire en sens inverse de sorte qu'au bout d'un certain temps, on a assisté à une série d'oscillations de la sensibilité ; si alors on cesse l'expérience, on voit l'anesthésie, après un temps variable, mais généralement très court, repasser du côté qu'elle avait primitivement choisi pour s'y

établir. Mais si l'on a la patience de renouveler fréquemment les expériences, on constate le plus souvent que cette anesthésie revient à son ancien siège de plus en plus tardivement, et un jour arrive où elle disparaît complètement. Certains métaux appliqués sur la peau du sujet déterminent les mêmes phénomènes.

Nous rapportons dans l'observation du jeune Lam.. un bel exemple de cette propriété de l'hémianesthésie d'être influencée par les agents esthésiogènes. Le jeune sujet était hémianesthésique droit. Après différentes expériences dans lesquelles les oscillations de la sensibilité furent fréquentes, le retour à l'état normal demeura définitif.

La peau du côté anesthésié est souvent le siège d'une ischémie notable, ce qui explique qu'on puisse la piquer et la traverser sans déterminer d'écoulement de sang.

Au lieu de se répartir sur une moitié du corps, la perte de la sensibilité peut se localiser sur des points différents de la surface cutanée. On observe alors des plaques d'anesthésie disséminées çà et là sur le tégument externe. Il n'est guère possible d'assigner des régions de prédilection à ces zônes. Elles varient avec chaque sujet, et sur le même enfant, elles changent d'un jour à l'autre. Ce mode de répartition de l'anesthésie, que l'on rencontre chez l'adulte moins fréquemment que l'hémianesthésie, est très fréquent dans le jeune âge. Il semble que ce soit par ébats séparés que l'anesthésie commence à élire domicile chez le malade et que, peu à peu, les régions envahies grandissent à la façon d'une tache d'huile, les intervalles de peau saine devenant de plus en plus restreints, l'hémianesthésie se constitue peu à peu. Ce qui

semble corroborer cette manière de voir, c'est qu'il arrive souvent qu'après avoir observé un enfant qui présentait pendant un certain temps des zônes d'anesthésie éparses ça et là, on voit de jour en jour ces plaques se cantonner à un côté du corps, puis s'étendre et enfin, se rejoignant, constituer l'hémianesthèse. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que ces plaques sont susceptibles de se déplacer et chaque examen donne le plus souvent un résultat spécial, différent des précédents.

Enfin, l'anesthésie peut être générale, c'est-à-dire occuper la totalité du corps. Cette forme, que l'on rencontre assez fréquemment chez les hystériques adultes, est très rare chez les enfants.

Nous n'avons pas parlé dans cette étude de l'anesthésie des jeunes hystériques, des troubles de sensibilité pouvant affecter les organes du sens. Cependant, l'anesthésie peut les atteindre également. Le goût, l'ouïe, l'odorat peuvent être frappés d'insensibilité ; cependant, le plus souvent, un seul côté est pris. Dans ces cas, une oreille n'entend plus les bruits que l'on fait autour du petit malade ; si l'on ferme la narine saine, il ne perçoit plus les odeurs. Si l'on dépose sur la moitié de la langue, siège de l'anesthésie, des substances sapides, elles ne sont pas goûtées.

Quant aux troubles de la vue, ils ont une importance capitale et nous y insisterons un peu plus.

Amblyopie. — L'amblyopie se rencontre fréquemment chez les jeunes hystériques, elle peut être passagère ou permanente. Généralement, lorsqu'elle n'est que passagère, son arrivée annonce une attaque prochaine. Lorsqu'elle est permanente, les malades se plaignent de voir tous les

objets et les personnes qui les environnent comme à travers un brouillard. Elle est rarement double et lorsqu'elle ne frappe qu'un côté, c'est celui qui est anesthésique qu'elle choisit de préférence ; quand elle est double, son intensité va rarement jusqu'à faire perdre la vue aux petits malades. L'amaurose hystérique dans le jeune âge n'a point encore été signalée, à notre connaissance du moins.

Dyschromatopsie. — La dischromatopsie est un phénomène ordinaire de l'hystérie infantile. Elle existe rarement sans troubles de la sensibilité générale. Lorsqu'elle ne frappe qu'un œil, le sujet ignore souvent cette complication, l'œil sain suppléant le plus souvent, mais si ces deux yeux sont atteints, la distinction des couleurs devient très difficile. La première couleur qui disparaît est le violet, puis le vert, le rouge est celle qui persiste le plus longtemps et sa perception nette est encore passible alors que toutes les autres nuances se fondent en un gris uniforme pour le petit malade.

Achromatopsie. — Ce trouble pour la vision des couleurs peut aller en augmentant, si bien, qu'il peut arriver un moment où les couleurs ont toutes disparu pour l'enfant. Tout autour de lui, il ne voit plus que des objets, des visages estompés d'une teinte légère d'une désespérante uniformité. C'est l'achromatopsie. Comme pour la dischromatopsie, lorsque l'achromatopsie ne frappe qu'un œil, l'autre supplée parfaitemement à la vision des couleurs et il faut que les deux yeux soient atteints pour que l'achromatopsie présente le tableau que nous venons de tracer.

Rétrécissement concentrique du champ visuel. — Ce

symptôme a, chez l'enfant, une valeur considérable : on peut même dire qu'il est pathognomonique de l'hystérie. En tous cas, son importance est beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulte. On sait, en effet, que le rétrécissement concentrique du champ visuel est un ensemble symptomatique, un syndrôme clinique que l'on peut rencontrer dans d'autres affections que l'hystérie. Ces affections sont le saturnisme, l'alcoolisme et les lésions cérébrales en foyer intéressant le carrefour sensitif. Or dans l'enfance, le saturnisme a bien peu de chance de se développer, l'alcoolisme s'y rencontre encore plus rarement, et l'état des artères exclut presque fatalement les lésions cérébrales en foyer. L'hystérie seule reste donc en ligne pour venir donner une explication de ce rétrécissement concentrique du champ visuel observée chez certains sujets.

Comme pour les autres troubles visuels, il peut être unilatéral, et dans ce cas, il existe du côté de l'hémianesthésie. Qu'il soit unilatéral ou bilatéral, il doit toujours être minutieusement recherché au moyen du périmètre, parce que dans un cas comme dans l'autre, le sujet n'a pas le plus souvent conscience de son existence. Ce rétrécissement peut être poussé très loin, et sur une de nos malades, la jeune Marie Dy... le cercle représentant le champ visuel des deux côtés a des dimensions très inférieures à celles d'une pièce de vingt centimes. Chez la petite L..., atteinte de ptosis paralytique de l'œil droit, le rétrécissement du champ visuel n'existe que du côté droit. Il est double également chez Elisa B... et chez Elisa F... Chez Lucien P..., il est très marqué à gauche, très peu à droite.

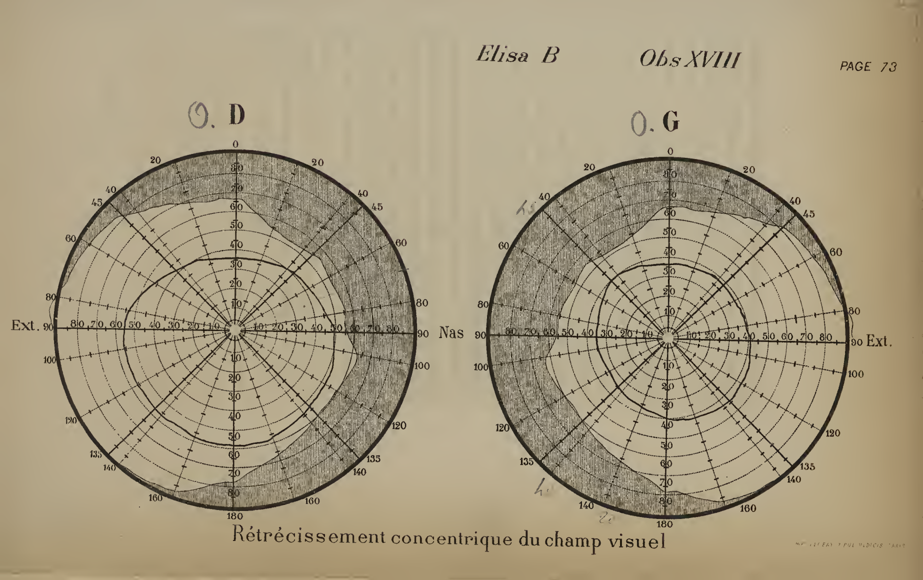
Ce rétrécissement concentrique peut persister très long-

temps, mais il est soumis à des oscillations : il augmente ou diminue, disparaît quelquefois pour revenir ensuite. Il oscille généralement avec l'anesthésie, et comme la plupart des autres troubles visuels que nous avons signalés plus haut, il est susceptible d'être influencé par les mêmes agents que l'anesthésie. Si celle-ci passe d'un côté à l'autre, le rétrécissement en fait autant et le plus souvent lorsque l'anesthésie disparaît, il diminue peu à peu et on le voit aller rapidement en s'atténuant jusqu'à complète disparition.

Cependant, il peut exister concurremment avec des troubles très légers de sensibilité comme chez Lucien P.... ou même à l'état tout a fait isolé. Il constitue dans ces cas, un puissant moyen de diagnostic.

Toutes les considérations qui précèdent ne se rattachent qu'à la lumière blanche. L'étude du rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs n'est pas moins intéressant. Même à l'état normal, le champ visuel est plus étendu pour certaines couleurs que pour d'autres. Le bleu est celle pour laquelle le cercle rétinien est le plus large, puis vient en diminuant le cercle du jaune, de l'orangé, du rouge, du vert et du violet. Sur les champs visuels normaux, ces cercles sont toujours disposés concentriquement dans l'ordre que nous venons d'indiquer (Remarquons, pour faciliter la mémoire, qu'en commençant par le blanc, le plus excentrique, les autres, suivant la lettre qui commence leur nom, sont placés par ordre alphabétique, les uns en dedans des autres).

Or, si nous examinons les champs visuels des jeunes hystériques, nous verrons que bien souvent des interver-



Rétrécissement concentrique du champ visuel

sions ont lieu dans l'ordre de concentration de ces cercles. Le rouge est le plus souvent rejeté en dehors, le bleu et le jaune ne formant en dedans de lui que des cercles beaucoup plus petits.

Prenons, par exemple, le champ visuel de la jeune L... A gauche, le champ visuel est normal pour la lumière blanche, mais il n'en est pas de même pour les couleurs. Le cercle du jaune s'est rétréci au point de se rapprocher tellement de celui du vert, qu'il laisse le rouge en dehors de lui ; mais le trouble visuel ne fait que commencer, nous pouvons presque saisir là son processus de formation, car le cercle du bleu, lui, est resté intact et il est encore extérieur à celui du rouge. Examinons maintenant le champ visuel de l'œil malade. Ici, même pour la lumière blanche, le cercle rétinien est diminué. Mais, dans les couleurs, le trouble visuel est aussi plus avancé que de l'autre côté, car dans cet œil, le cercle du rouge se trouve immédiatement à côté de celui du blanc ; celui du jaune et du bleu se sont tellement rétrécis qu'ils l'ont laissé s'extérioriser le plus, contrairement à ce qui devrait exister dans un œil normal.

Chez Élisa B... la même remarque est applicable, mais elle peut s'étendre aux deux yeux : le cercle du rouge a dépassé ceux du jaune et du bleu.

Observation XVIII

Hystérie chez une enfant de 13 *ans et demi. Hémianesthésie gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Transposition du cercle du rouge* (1).

Elisa B...., 13 ans et demi.

La malade a un frère actuellement âgé de 18 ans, et qui, jusqu'à treize ans, a eu des attaques pendant lesquelles il se débattait très énergiquement, se soulevant de terre, faisant l'arc de cercle, et ayant des convulsions clowniques d'une grande intensité. Ces attaques duraient quelquefois une heure, puis des pleurs survenaient et mettaient fin à la crise. Une colère violente était souvent la cause déterminante de ces accidents convulsifs.

Une petite sœur de deux ans aurait eu aussi des accidents convulsifs.

Un oncle paternel est mort fou après deux ans de séjour à Bicêtre.

La maladie remonte à trois mois. Elisa était placée chez une marchande des halles. Elle se levait à 2 heures et demi de l'après-midi et se couchait à 10 heures du soir. Elle était toute la journée dans les marchés pour vendre.

Elle n'est pas réglée.

Tous les matins au lever, on lui faisait prendre trois à quatre verres de vulnéraire et quelquefois de l'absinthe. Un jour, pendant qu'elle buvait elle a senti des bourdonnements d'oreille, puis est tombée à la renverse, elle a perdu connaissance, mais ne s'est fait aucun mal.

1. Clinique de M. Charcot.

Le surlendemain elle a eu douze attaques de nerfs. Elle sent d'abord comme des crampes dans les pieds, puis une douleur violente à l'ovaire droit et au creux épigastrique. Les mains se tordent alors et la malade cherche à arracher ses vêtements et à se mordre. Elle sent des battements dans la tempe droite. Le côté droit est toujours plus agité que le gauche.

Dès que son attaque est finie, elle se remet à jouer.

Hemianesthésie gauche permanente.

Pas d'achromatapsie, mais retrécissement considérable du champ visuel des deux côtés, à droite surtout.

Chez Lucien P..., le rétrécissement pour la lumière blanche est double ; beaucoup plus marqué à droite. Les cercles de couleurs sont normalement placés à gauche, tandis qu'à droite, le rouge s'est extériorisé comprenant le bleu dans son cercle.

Cette persistance de la rétine à se laisser impressionner par le rouge chez ces jeunes hystériques en des points de sa surface où les autres couleurs ne produisent plus rien est curieuse à relater. Pourquoi cette préférence ? En tous cas, c'est un phénomène de plus que révèle la symptomatologie chez l'adulte et l'enfant, car ces faits sont fréquents chez les hystériques, hommes ou femmes, adultes.

Du reste, il ne faut pas croire que cette transposition du cercle des couleurs soit constante. On peut observer des rétrécissements considérables du champ visuel sans transposition de ces cercles. Tel est le cas d'Elise F...

Hyperesthésie. — L'hyperesthésie est l'exagération de la faculté de sentir. On la rencontre fréquemment dans le cours de l'hystérie infantile. Il y a plusieurs modes de sentir, d'où plusieurs sortes d'hyperesthésie. L'hypéresthésie à la douleur porte plus spécialement le nom d'hyperalgie. C'est elle qu'on trouve le plus souvent. Elle est disséminée par plaques sur toute l'étendue de la surface du tégument et ces plaques ont été désignées sous le nom de zône hystérogène.

Zones hystérogènes. — On a désigné sous ce nom des régions du corps, en général très circonscrites, au niveau desquelles une pression plus ou moins forte produit, dans un temps variable, en totalité ou en partie, les phénomènes qui caractérisent l'hystérie et qui jouent le plus souvent et spontanément un rôle important dans l'aura hystérique.

Ces zones ont des régions de prédilection sur lesquelles il faut toujours commencer à les rechercher lorsqu'on fait une exploration. Ce sont : la région des ovaires chez la petite fille, les régions des fosses iliaques et le testicule chez le jeune garçon. Indépendamment de ces sièges de prédilection, il en existe d'autres en assez grand nombre, mais ceux-ci sont de beaucoup les plus fréquents. Le point douloureux siège tantôt à droite, tantôt à gauche. Il ne nous a pas semblé qu'il eut une sorte de prédilection pour se localiser à gauche comme cela a été signalé chez les adultes. Chez L... l'ovarite existe à droite, chez Marie Dg..., également, il en est de même chez Augustine Henriette G... Chez le jeune Albert P. c'est dans le flanc droit que se trouve la zone hystérogène, chez le jeune Lau... la zone douloureuse existe des deux côtés. Elle est localisée à droite chez le petit Lucien P... Les deux fosses iliaques sont douloureuses, la gauche surtout, chez Rouz.... Elisa F... est ovarique gauche. En somme, il est difficile de savoir de quel côté la zone hystérogène siège de préférence, et cette notion n'a, du reste, qu'une médiocre importance.

On trouve encore fréquemment des points douloureux le long de la colonne vertébrale, surtout au niveau des 5e 6e et 7e apophyses épineuses comme chez Rouz... et Lan... Un de leurs sièges de prédilection est encore le sommet de la tête au niveau de la zone bregmatique (clou hystérique). Les espaces intercostaux en portent souvent ainsi que les régions sus et sous-mammaires. On en rencontre encore dans les flancs. Enfin, et ceux-là sont les plus rares, on en a signalé sur les membres supérieurs ou inférieurs.

Ils paraissent, dans ces cas, siéger de préférence dans le voisinage des articulations, du côté de la flexion, s'éloignant peu du pli articulaire.

Voilà, esquissée à grands traits, ce que l'on pourrait appeler la géo-

graphie des points hystérogènes que nous avons rencontrés le plus souvent chez les enfants. C'est la même topographie, on le voit, que chez l'adulte. Comme chez l'adulte, il n'est pas rare de rencontrer plusieurs zones hystérogènes chez le même sujet. C'est ce que nous pouvons remarquer chez le jeune Rouz..... qui possède une zone bregmatique (clou), une rachialgie s'étendant aux cinquième, sixième, septième apophyses épineuses dorsales, un point dans le septième espace intercostal gauche et un symétrique de l'autre côté. Un sixième à la partie supérieure du sternum, deux autres dans les flancs et deux autres enfin dans les fosses iliaques. Alfred Lam... en présente également plusieurs. De même Lucien Per.......

La peau, au niveau de ces zones hystérogènes, est souvent insensible au pincement et à la piqûre, mais le frôlement simple en est pénible et la pression la plus légère y provoque des douleurs atroces.

Ces zones sont elles-mêmes et spontanément le point de départ de phénomènes douloureux qui sont quelquefois très tenaces et tourmentent le petit malade d'une façon presque continuelle. D'autres fois, les douleurs sont intermittentes et lorsqu'elles apparaissent elles sont presque toujours les avant-coureurs d'une attaque. Dans ces cas, c'est du point hystérogène douloureux que part l'aura qui ouvre la crise.

Comme chez l'adulte encore, les zones hystérogènes peuvent, lorsqu'on y exerce une pression un peu violente, déterminer une attaque chez l'enfant. Le jeune X... présente une zone douloureuse s'étendant le long du dernier cartilage costal gauche, partant de l'appendice xyphoïde et allant jusqu'à la partie latérale du tronc. La pression sur cette zone détermine l'attaque. Cependant, tous les points hystérogènes ne jouissent pas de cette propriété. Quelques-uns ne présentent que les caractères que nous avons signalés plus haut. Lorsqu'une attaque a été ainsi provoquée par une pression sur une zone hystérogène, on peut souvent l'enrayer en répétant la pression sur ce même point ou sur un point voisin. Faisons remarquer en passant que ces pressions, lorsqu'elles sont pratiquées sur la région ovarienne de la petite fille ou dans la fosse iliaque du jeune garçon. doivent être faites progressivement et avec le poing fermé, non avec

la pulpe des doigts. Pratiquée ainsi, la pression peut être violente sans danger pour les organes situés derrière la paroi abdominale.

Lorsque le testicule est resté dans l'abdomen sans descendre dans les bourses, que le malade est monorchyde, la zone hystérogène qui, à l'état normal serait au niveau du scrotum, est remontée avec le testicule et se trouve alors dans le pli de l'aîne. Ce déplacement du point douloureux n'est qu'une conséquence du déplacement de l'organe qui en est le siège.

Lorsque la peau seule est douloureuse l'affection prend le nom de *dermalgie*. On la trouve souvent associée à l'hémi-anesthésie et il n'est pas rare de rencontrer chez un enfant une anesthésie cutanée d'un côté, de l'autre une dermalgie.

Quelquefois, ce sont les muscles qui sont douloureux (*myalgie*). Les douleurs, dans ce cas, s'exaspèrent au plus petit mouvement. L'électricité, les secousses galvaniques, sont très difficilement tolérées.

La *céphalalgie* est fréquente chez les jeunes hystériques ; outre le clou hystérique dont nous avons parlé, il existe souvent des douleurs frontales, péri-orbitaires qui tourmentent beaucoup les petits malades. Tel était le cas de la jeune L......

Les *arthralgies* sont rares, plus rares que chez les adultes. il faut néanmoins savoir qu'elles peuvent exister, car lorsqu'elles se compliquent, comme chez la jeune L..., de contracture et d'impotence fonctionnelle, le diagnostic pourrait être indécis et délicat. Elle est en génerul monoarticulaire et siège de préférence à l'épaule, à la hanche ou au genou. Nous y reviendrons du reste à propos des paralysies et des contractures.

Ces accidents, le plus souvent éclatent d'une façon brus-

que, rarement ils s'établissent peu à peu. Ils se dissipent fréquemment à la suite d'une émotion vive, d'une frayeur ; quelquefois, tout à coup, sans cause appréciable.

Quant aux *névralgies*, nous ne croyons pas qu'elles soient plus fréquentes chez les jeunes hystériques que chez les autres enfants. Les troubles hyperesthésiques de la peau, des muscles ou des articulations ont pu en imposer pour des douleurs névralgiques, mais les névralgies vraies n'y sont pas plus communes que chez les sujets sains.

Les *hyperesthesies sensorielles* n'ont guère été signalées. Cependant il peut arriver que la rétine soit douloureusement impressionnée par la lumière. Ce phénomène, que Fœrster a désigné sous le nom de kopiopie, était trés net chez la jeune L.... qui ne pouvait ouvrir l'œil sans être aussitôt atteinte de douleurs frontales péri-orbitaires atroces.

Les viscères eux-mêmes peuvent être atteints d'hyperalgie.

La *gastralgie* est fréquente chez les jeunes hystériques. La perte de l'appétit en est une conséquence presque fatale, et souvent l'*anorexie hystérique* n'est qu'une conséquence de la peur qu'éprouvent les petits malades à surcharger d'aliments un estomac qui est si douloureux à l'état de vacuité. Elle peut s'accompagner de *vomissements*. L'observation de la jeune X... en est un exemple.

Elle peut exister seule ou s'accompagner de phénomènes spasmodiques, tels que l'*œsophagisme* et le *pylorisme*. C'est une complication assez grave chez les enfants qui, à l'époque de la croissance, ont un impérieux besoin de nourriture pour réparer leurs forces d'une part, et s'assi-

miler des matériaux destinés à leur accroissement d'autre part. Aussi, chez les sujets prédisposés, la gastralgie peut-elle avoir pour conséquence la tuberculose et la mort.

L'*entéralgie*, la *néphralgie*. la *cystalgie* sont autant d'autres phénomènes douloureux que l'on peut rencontrer chez les enfants comme chez les adultes, mais qui ne présentent rien de bien spécial.

Troubles de la motilité

Ils sont moins fréquents que les troubles de la sensibilité ; comme eux on peut les diviser en deux catégorie : 1° les troubles dépendant d'une exagération des fonctions motrices du cerveau et de la moelle ; 2° les troubles dépendant d'une diminution ou d'une suppression partielle des fonctions motrices de ces mêmes organes.

Parmi les troubles du premier genre, nous avons à envisager les spasmes, la contracture, la chorée rhythmique.

1° *Spasmes*. — Les spasmes du pharynx et de l'œsophage sont très fréquents chez les enfants ; nous avons pu en réunir plusieurs exemples. Il est infiniment probable que c'est à un spasme de l'œsophage qu'est due la sensation de la boule hystérique, nous avons décrit plus haut ce phénomène. Quelquefois, l'énergie de ces spasmes est telle que les malades ne peuvent arriver à avaler la moindre parcelle d'aliment liquide ou solide. Dans d'autres cas, le spasme siégeant probablement un peu plus bas, la déglutition est possible, mais à peine le bol alimentaire a-t-il franchi l'isthme du gosier qu'une violente contraction de l'œsophage le rejette hors de la bouche. L'alimentation de-

vient alors difficile et on est quelquefois obligé de recourir à la sonde œsophagienne pour nourrir les petits malades. Dans ces cas, l'introduction de la sonde est très pénible, mais les aliments qui vont à l'estomac ne produisant plus d'excitation directe sur la muqueuse de l'œsophage, la sonde une fois introduite, on peut sans crainte envoyer dans l'estomac des substances nutritives, elles sont dès lors tolérées.

Dans d'autres circonstances, la déglutition est possible, les aliments arrivent même jusque dans l'estomac, il n'y a donc ni spasmes du pharynx, ni œsophagisme, puis, après un intervalle de temps variant entre quelques minutes et plusieurs heures après l'ingestion des aliments, on voit brusquement apparaître une secousse brusque de tout le corps, qui renvoie presque d'un seul coup, en un seul hoquet, les aliments ingérés quelques instants ou quelques heures auparavant. Ici, c'est l'estomac qui est en cause, ou plutôt c'est un de ses orifices ; on a donné à ce phénomène le nom de pylorisme. On le rencontre chez l'enfant hystérique. On peut tenter d'y remédier par l'emploi de la sonde œsophagienne, comme dans l'œsophagisme, bien qu'ici, nous l'avouons, l'hypothèse émise plus haut pour expliquer l'heureuse intervention de cet instrument, ne soit plus applicable.

Enfin, l'intestin lui-même peut être le siège de spasmes. Ceux-ci ne se produisent pas toujours au même endroit, mais glissent pour ainsi dire le long de l'intestin, promènent dans son intérieur du gaz, dont le déplacement est accompagné de bruits quelquefois sonores ; le plus souvent ce sont des grondements plus ou moins sourds mais s'en-

tendant très bien, très perceptibles pour les personnes étrangères. Ces borborygmes gênent beaucoup les malades. Nous avons vu, dans une famille, une petite malade hystérique être prise de ces phénomènes : bientôt sa sœur en fut à son tour atteinte, et une troisième sœur plus jeune ne tarda pas à se mettre de la partie de sorte qu'actuellement, au milieu d'une conversation, il arrive fréquemment que des roulements sourds se fassent entendre en des points différents de la pièce occupée par les enfants, grondements qui ne sont autres que les borborygmes, résultat de spasmes intestinaux des petites malades qui en sont, du reste extrêmement incommodées.

Mais les spasmes peuvent avoir pour siège les fibres circulaires de l'intestin, et alors, entre les deux barrières formées par la contracture de ces fibres en deux points différents, il peut se former, par la distension des gaz accumulés, une tumeur sonore, quelquefois douloureuse et qui pourrait, si on n'était prévenu de la possibilité de sa présence, faire errer le diagnostic.

Voici une observation d'œsophagisme chez un jeune enfant ayant nécessité l'usage de la sonde œsophagienne.

Observation XIX

Hystérie chez un garçon de dix ans. — Œsophagisme. — Paraplégie. — Caractère féminin. — Amélioration par l'hydrothérapie et l'isolement (1).

X..., âgé de dix ans, bonne santé antérieure, mère très nerveuse. En 1877, au mois d'octobre, se plaint de malaises, de maux d'es-

1. Legrand du Saulle, *des hystériques*, p. 18.

tomac, puis commence à vomir. Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents et finissent par se prodnire à la moindre ingestion d'aliments. En même temps, on s'aperçut d'un affaiblissement progressif des membres inférieurs, qui va jusqu'à la paralysie presque ahsolue, au point de confiner le petit malade dans son lit.

La sensibilité s'est émoussée en même temps que la motilité diminuait, et l'anesthésie est complète aux membres inférieurs vers le mois de janvier 1878. La sensibilité de la région pharyngienne est aussi très obtuse. Pas de troubles visuels, ni de paralysie des muscles moteurs de l'œil.

L'amaigrissement est visible, mais pas très marqué. Un jour, il est impossible de rien faire avaler à l'enfant. On pratique le cathétérisme œsophagien avec une certaine difficulté, on éprouve au passage de la sonde une sensation de constriction. Pendant trois mois, on est obligé d'alimenter le malade avec la sonde.

Tous les médicaments antispasmodiques sont essayés successivement sans succès : bromure de potassium, valerianates, etc... L'électricité ne produit aucune amélioration.

M. Charcot est appelé en consultation. Il remarque de suite le caractère particulièrement féminin de l'enfant qui portait une hague au doigt, aimait à se parer, à jouer à des jeux de petite fille. Il essaie de faire cesser les accidents par le sommeil hypnotique et la compression du testicule sans succès. Enfin il conseille de reprendre l'hydrothérapie qui avait été essayée inutilement, mais en la combinant avec l'isolement, loin de la famille.

L'enfant est transporté dans un établissement hydrothérapique, seul avec une domestique, et soumis à des douches froides violentes : le lendemain, il mangeait seul, remuait les jambes, se levait et manifestait le désir de rentrer le jour même chez ses parents.

Depuis lors, les accidents paralytiques et spasmodiques ne se sont pas reproduits. Cependant la sensibilité pharyngienne est restée obtuse. On peut toucher l'épiglotte avec le doigt sans provoquer de réflexe.

Le caractère est toujours féminin et hystérique. L'enfant est très

intelligent, et il a tous les prix de sa classe ; mais il est d'un caractère inégal et emporté, impressionnable à l'excès, il pleure facilement.

A côté des spasmes des voies digestives, il faut citer les spasmes des organes respiratoires. De ces spasmes résultent des bruits vocaux bizarres, aboiements, hurlements pouvant imiter une foule de cris d'animaux. D'autres fois ce sont des crises d'éternuement, de pleurs, de rires involontaires.

Le hoquet est très fréquent, les accès d'asthme plus rares que chez les adultes.

Une conséquence possible de ces spasmes, et très importante à signaler, ce sont les accès d'étouffement. Si en effet les contractions multiples et répétées se limitent aux constricteurs de la glotte, le résultat est une dyspnée intense, une angoisse terrible, et un observateur non prévenu pourrait penser au croup, et peut-être intervenir par une trachéotomie. Ces spasmes cependant ne sont pas dangereux, car lorsqu'ils sont assez rapprochés pour qu'il y ait menace d'asphyxie, celle-ci est toujours précédée d'une demi syncope pendant laquelle les muscles entrant en résolution l'air peut de nouveau pénétrer dans le conduit aérien. A ce moment, les spasmes peuvent reprendre pour aboutir bientôt à une nouvelle syncope, laquelle aura pour résultat une nouvelle rentrée d'air ; mais outre que ces accès ont rarement une intensité semblable, il est toujours facile, par l'interrogatoire des personnes qui entourent le malade, de reconnaître la nature du mal et par suite son peu de gravité.

Quant à la toux hystérique, elle est extrêmement fréquente chez les enfants ; elle a les mêmes caractères que chez l'adulte, c'est-à-dire qu'elle est rauque, bruyante, sac-

cadée, l'inspiration qui suit la série de spasme constituant une quinte peut être bruyante comme dans la coqueluche, et il faut être prévenu de sa fréquence chez les jeunes hystériques pour éviter de la confondre avec cette maladie.

Les spasmes cardiaques ne sont pas rares chez les enfants hystériques. Presque tous, petites filles ou jeunes garçons, ont des palpitations de cœur sans qu'il y ait pour cela de lésion valvulaire. Comme chez les adultes, on peut observer chez ces enfants des spasmes du col vésical, du sphincter, de l'anus ou du constricteur de la vulve, mais ces derniers sont beaucoup plus rares dans le jeune âge que ceux dont nous venons de nous occuper.

Contractures. — Les contractures hystériques qui surviennent chez les enfants sont de deux sortes. Elles frappent un ou plusieurs membres ou seulement un groupe musculaire.

Dans le premier cas, quel que soit le type qu'elles révèlent, elles offrent un certain nombre de caractères communs que nous allons passer en revue.

Leur mode de début varie. Un caractère général cependant domine toujours l'invasion : c'est la brusquerie, la rapidité, la soudaineté. La seule chose qui différencie leur apparition c'est qu'elles surviennent tantôt après une attaque, tantôt au milieu d'une santé parfaite, et alors c'est souvent une émotion vive, une frayeur, un traumatisme qui est la circonstance déterminante de leur apparition.

Nous avons vu que dans la première période de l'attaque il y avait souvent des contractures ; elles persistaient quelquefois pendant la phase de résolution de la période épileptoïde. Elles peuvent se maintenir pendant toute la

durée de l'attaque, et lorsque l'enfant reprend connaissance, la crise finie, on peut voir la contracture subsister. Dès lors elle est établie et peut durer plus ou moins longtemps.

Elles sont quelquefois douloureuses, même lorsque les malades observent, à l'égard du membre frappé, la plus parfaite immobilité. Ces douleurs spontanées peuvent être très vives et nécessiter des interventions chirurgicales. La peau du membre qui est envahi par la contracture est le plus souvent frappé d'anesthésie, quelquefois cependant, c'est l'hyperalgésie que l'on y rencontre. Dans d'autres circonstances, la sensibilité est intacte. Ces considérations sur les troubles sensitifs qui accompagnent les contractures ne sont pas sans importance. Nous avons vu plus haut que certains agents appelés esthésiogènes étaient susceptibles de ramener après plusieurs oscillations la sensibilité perdue dans une moitié du corps. Certaines contractures sont sensibles aux mêmes agents. Sous l'influence d'un aimant, par exemple, on voit la contracture d'un bras, je suppose, passer au bras du côté opposé, puis revenir au côté primitivement envahi, pour retourner à l'autre et ainsi de suite un grand nombre de fois. En prolongeant suffisamment l'expérience, on voit la contracture disparaître après un nombre plus ou moins considérable de ces transferts.

Mais ces faits ne sont applicables qu'à un certain nombre de contractures. Les autres restent complètement indifférentes aux agents esthésiogènes. Les premières sont celles qui s'accompagnent de troubles de sensibilité. Dans toute contracture avec hypéralgésie ou anesthésie, il faut essayer les agents esthésiogènes, électricité, aimants, métaux. Pres-

que toujours ils agiront avec succès sur elle. Si au contraire la contracture est isolée sans troubles sensitifs, il est fort à craindre que les agents esthésiogènes restent sans action sur elle.

La forme de la contracture hystérique infantile n'est, pas plus que celle de l'adulte, livrée au hasard. Quand elle affecte le membre supérieur, c'est presque toujours le type de flexion qui domine. L'avant-bras est fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras, les doigts dans la paume de la main. Au membre inférieur, au contraire, le type d'extension est le plus fréquent. La jambe est étendue sur la cuisse ; le pied est dans l'attitude du pied-bot, varices.

Voilà les caractères communs à toutes les contractures quelque soit leur siège ; voici leur mode de distribution le plus habituel.

Tout un côté du corps peut être envahi à la fois : c'est la *forme hémiplégique*.

Dans la *forme paraplégique* les deux jambes sont prises en même temps. Dans ce cas, les deux membres inférieurs sont immobilisés dans l'attitude que nous avons décrite plus haut, et en même temps les deux cuisses sont accolées l'une contre l'autre dans une adduction forcée, les genoux se touchent et il est impossible de les écarter l'un de l'autre. Très rarement, dans la contracture à forme paraplégique, on voit se réaliser le type de flexion dans lequel les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les genoux touchant presque le menton.

Les deux bras peuvent être pris comme les deux jambes, ou un seul bras ou une seule jambe. Dans ces deux derniers cas, c'est au *type monoplégique* que l'on a affaire.

C'est surtout à cette dernière variété que se rattachent les contractures consécutives au traumatisme. On voit souvent, à la suite d'un traumatisme chirurgical ou accidentel, même très léger, une contracture apparaître dans le membre froissé ou blessé, et s'y établir quelquefois avec une étonnante facilité. Il y a là ce que M. Charcot a appelé de la diathèse de contracture. La moelle paraît être dans un état de suractivité telle que là où un choc ordinaire aurait simplement produit une contraction réflexe, il produit chez le jeune sujet prédisposé une contracture permanente.

Ce qui semble vérifier la justesse de cette hypothèse, c'est que si l'on examine les réflexes tendineux chez un sujet atteint on les trouve toujours extrêmement amplifiés. Il y a là une exagération manifeste de toutes les actions dynamiques de la moelle qui ne demande que le plus léger prétexte pour entrer en réaction d'une manière disproportionnée avec l'excitation initiale. Du reste, l'exagération des réflexes et presque la règle chez les hystériques. Voici entre autres une observation où cette hyperexcitabilité est très nette.

Observation XX

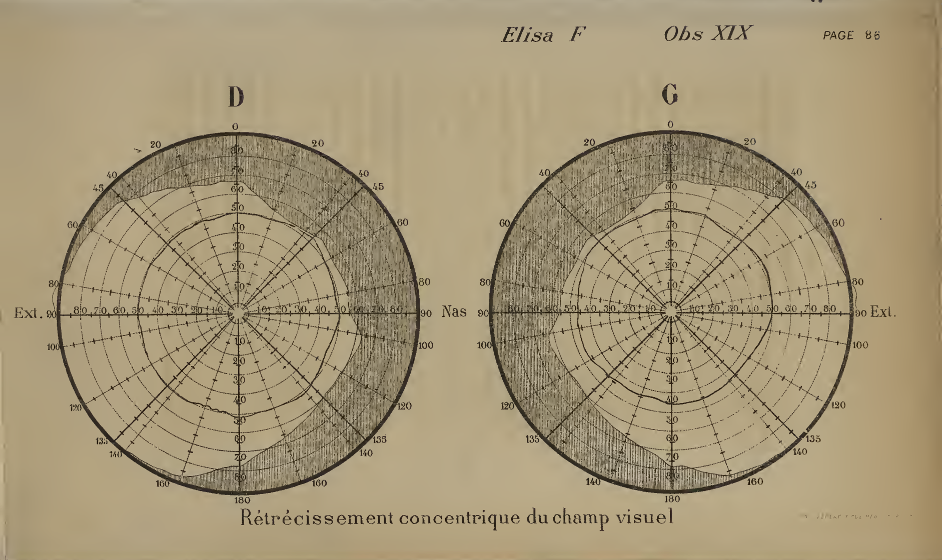
Hystérie chez un enfant de 14 ans. — Attaques, troubles de sensibilité. — Point hystérogène. — Rétrécissement du champ visuel (1).

Elisa F..... 14 ans, non réglée,

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mais très nerveux, n'a jamais eu d'attaques. Mère bien portante.

1. Clinique de M. Charcot.

Elisa F — Obs XIX —



Rétrécissement concentrique du champ visuel

Un cousin éloigné mort en état de mal épileptique.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à trois reprises différentes, à 4 et 12 ans. L'année passée, elle a souffert de vomissements qui apparaissaient tous les 2 ou 3 jours, elle se plaignait aussi de céphalagie intense, courbatures, battements de cœur. Les battements de cœur n'ont pas complètement disparu ; actuellement, lorsque la malade marche trop vite, ils reparaissent et elle est obligée de s'arrêter.

La malade était toujours très nerveuse, elle s'emportait facilement. Elle a toujours bu beaucoup de café, de 4 à 5 tasses par jour.

Le 1er août 1884, à la suite d'une frayeur (sa sœur avait été brûlée), la malade est tombée sans connaissance. Cette première attaque a duré environ 1/4 d'heure : elle sautait, chantait, mais ne riait pas et ne prononçait aucune parole. Le lendemain matin, après une nuit agitée, elle s'est levée comme d'habitude et est allée à l'école. Elle ressentait dans la région lombaire des douleurs qui ne durèrent qu'un jour.

Pendant les huit jours qui suivirent cette première attaque, la malade ne s'aperçut de rien, lorsque tout à coup, ayant été contrariée, elle s'est fâchée, et est tombée dans une seconde attaque. Elle commence par tourner sur elle-même et après deux ou trois tours, elle tombe. Dans cette attaque qui dura environ un quart d'heure, elle criait et « voyait un homme qui voulait la tuer. » Après cela, les attaques devinrent de plus en plus fréquentes (7 à 8 fois par jour), elle avait la sensation d'une boule qui, partant du bas ventre remontait dans le larynx et l'étouffait.

Le 7 novembre 1884, elle entrait dans le service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne de Boulogne. Le changement d'air parut amener une certaine amélioration ; la malade resta quinze jours sans avoir d'attaques, puis les accès recommencèrent une ou deux fois par jour et, sous l'influence du traitement diminuèrent, pour ne plus apparaître que tous les cinq ou six jours.

Ovarite gauche.

Sensibilité conservée à gauche. Hémianesthésie droite.

Sens du goût intact, champ visuel rétréci.

Force dynamométrique : main droite 35, main gauche 25. Réflexes abolis à gauche, diminués à droite. Si l'on recherche les réflexes rotuliens à droite, après avoir excité le tendon deux ou trois fois sans résultat, à la quatrième fois, on obtient une secousse générale qui ébranle tout le corps.

Points hystérogènes le long de la colonne vertébrale. Les attaques se présentent de la façon suivante : la malade sent une boule qui lui remonte dans la gorge, elle se sent faiblir et se couche. Alors elle fait des mouvements désordonnés, des bras surtout. Elle saute peu, décrit avec son corps des arcs de cercle ; elle crie, chante, tousse, fait marcher les doigts comme si elle jouait du piano ; elle cherche à mordre et à déchirer tout ce qu'elle peut saisir. Entre ses attaques, elle est souvent prise d'accès de toux identiques à ceux des attaques.

23 janvier. — Les accès deviennent de moins en moins fréquents; elle n'a pas eu d'attaques depuis 7 jours.

4 février. — A l'examen du champ visuel, on a trouvé celui-ci rétréci. Pas d'attaques depuis 9 jours.

16 février. — La malade n'a plus d'attaques. Elle quitte l'hôpital.

La contracture peut être localisée à une articulation ou à un groupe musculaire. C'est ce que l'on a appelé l'hystérie locale. Elle est très fréquente chez les jeunes hystériques. La jointure le plus fréquemment atteinte est la hanche. On a donné à l'affection le nom de *coxalgie hystérique*. Il n'y a là cependant aucune lésion articulaire : les os, les ligaments sont intacts ; les muscles péri-articulaires, en revanche, sont le siège de contractures. L'affection ressemble à s'y méprendre à la coxalgie vraie. Il y a des douleurs, de l'immobilisation du membre dans une attitude vicieuse, du raccourcissement. En somme, les caractères sont les mêmes que ceux de la coxalgie hystérique des adultes.

La face peut être également prise de contracture, dans ce cas, le syasme est généralement limité à un côté. La langue, le voile du palais, les masséters peuvent être pris.

La contracture des muscles des yeux ou *blospharpasme* n'est pas rare. Elle s'accompagne souvent de phènomènes doulonreux, de photophobie, de douleurs frontales et périorbitaires. Nous en rapportons plus loin une observation (Obs. XX).

Le *torticolis* s'observe quelquefois. Une affection qui n'est pas rare non plus dans cet ordre d'idées c'est le pied bot (pied bot varus equin).

En résumé, ces contractures, ces cas d'hystérie locale, sont très fréquents chez les enfants; M. Batault en a rapporté plusieurs exemples dans sa thèse.

M. Yossé relate chez un garçon de 15 ans un cas de coxalgie consécutive à une chute sur la hanche. La guérison arriva subitement deux mois après l'accident, au moment où le malade essayait, sur le conseil de son médecin, de faire un peu de gymnastique. Malheureusement le jeune homme ayant fait une nouvelle chute trois jours après, la contracture reparut dans la même articulation. Le sixième jour, il était aphasique. La sensibilité n'a pas été bien examinée, et l'observation n'est pas terminée, mais l'hystérie est bien générale aussi dans ce cas.

M. Newton Jhaffer a observé un garçon de 12 ans, très studieux, aux goûts efféminés, qui fut atteint d'une arthrite hystérique à la suite d'une chute sur le genou. Il existait concurremment une atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe qui aurait pu dérouter le chirurgien sur la nature de l'affection si la guérison n'avait eu lieu spontanément.

M. Dessau cite chez un garçon de 13 ans une contracture du genou accompagnée de perte de la parole et de toux aboyante, sans autre cause connue qu'une anémie profonde.

Un pied bot hystérique avec contracture en varus chez un enfant de 11 ans, a été observé par M. Roberts. Il guérit spontanément.

Quelle est la marche habituelle de ces contractures ? Les quelques résultats qui sont signalés dans les relations précédentes permettent de le prévoir. Elles disparaissent spontanément le plus souvent. Quelquefois, une émotion vive, une frayeur sert de prétexte à leur disparition. Jamais celle-ci ne se fait progressivement et leur départ est aussi sondain que leur apparition avait été brusque.

Mais le plus souvent, cette guérison est plus apparente que réelle et lorsque chez un petit malade guéri on interroge les réflexes patellaires, on constate qu'il persiste une exagération considérable de ces réflexes, témoin indiscutable de l'état d'éréthisme qui reste encore dans le système nerveux de l'enfant.

Nous allons maintenant passer à l'étude des troubles dépendant d'une diminution ou d'une suppression des fonctions motrices de la moelle ou du cerveau.

Paralysie. — Comme les contractures, les paralysies hystériques enfantiles ont le plus souvent un début brusque. Quelquefois, la paralysie apparaît à la suite d'une attaque, le cas est plus rare cependant que pour les contractures. Ce c'est à la suite d'une chute, comme dans l'observation

du jeune Maurice L..... citée par M. Ratault dans sa thèse. Dans d'autres cas, c'est une émotion vive, une frayeur qui a provoqué l'apparition de la paralysie. On la voit enfin s'établir parfois spontanément sans qu'aucune cause puisse être invoquée pour expliquer son invasion.

Comme la contracture, la paralysie peut être accompagnée de désordres de la sensibilité et dans ces cas, c'est presque toujours l'anesthésie qui vient compliquer le tableau, complication qu'on pourrait presque appeler favorable puisque ici comme pour la contracture, elle est un indice que l'on pourra obtenir quelque chose de l'action des agents esthésiogènes. L'hyperalgesie est rare, enfin on peut rencontrer les troubles paralytiques et des lésions de la sensibilité.

Le trouble moteur peut aller de la simple parésie à la paralysie complète, mais lorsque c'est une parésie qui s'établit, elle le fait toujours d'une façon plus insidieuse que la véritable paralysie ; c'est d'abord une lourdeur qui envahit le membre ; puis peu à peu cette sensation de pesanteur augmente et le petit malade finit par ne plus pouvoir remuer le bras ou la jambe qu'avec la plus grande difficulté.

Les deux grandes variétés de paralysie hystérique sont la *paraplégie* et l'*hémiplégie*. Mais chez les jeunes sujets, la paraplégie est plus fréquente que l'hémiplégie.

La paraplégie peut être flasque ; les membres inférieurs refusent tout service. Le petit malade est confiné au lit ; si on soulève l'une ou l'autre jambe, elle retombe lourdement sur le lit. Dans d'autres cas, elle revêt les caractères de la *paraplégie spasmodique*, les réflexes patellaires sont alors très exagérés. M. Riegel a cité trois cas de paraplégie chez

de jeunes sujets, chez tous les trois la sensibilité n'avait subi aucune atteinte.

Dans l'hémiplégie hystérique, tout un côté du corps est pris ; la face reste le plus souvent indemne. Les troubles de la motilité peuvent varier comme intensité depuis la simple parésie jusqu'à la paralysie absolue ; quelquefois l'hémiplégie revêt comme la paraplégie le caractère *spasmodique*.

La face peut être atteinte à elle seule de paralysie. Ces cas sont très rares, mais certains muscles du visage jouissent de tout privilège d'être visités par l'alénésie de préférence aux autres, Tels sont en première ligne les muscles des paupières, le releveur de la paupière supérieure en particulier.

En voici un exemple.

Observation XXI

Hystérie chez une enfant de 13 ans — Ptosis — Contracture du bras droit — Blépharospasme. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

Mlle L.... 13 ans.

La mère de la malade ainsi que son père sont très nerveux. Un oncle a eu un accès de folie à la suite de chagrins. Il est encore un peu bizarre actuellement.

En décembre 1881, elle se présente à la clinique ophthalmologique du Dr Parinaud pour une chute de la paupière de l'œil droit qui, au premier abord avait toutes les apparences du ptosis paralytique. La paupière couvre complètement la pupille, la peau ne présente pas les

1. Recueillie par M. Parinaud.

plis propres aux spasmes de l'orbiculaire, les clignements sont peu fréquents. Lorsqu'on commande à la malade d'ouvrir l'œil, le muscle frontal se contracte énergiquement, mais la paupière n'exécute aucun mouvement. Toutefois si l'on relève la paupière avec le doigt, elle retombe plus brusquement que dans le ptosis paralytique, il y a en outre de la photophobie et dans le demi-jour, la malade relève plus facilement la paupière, particularités qui ne sont pas propres au ptosis paralytique.

Cet œil est en outre amblyope $S = {}^{1}/_{7}$.

Il est strabique depuis longtemps, du fait d'une hypermétropie : il n'est pas possible de dire si l'affaiblissement de l'acuité visuelle est d'origine récente, mais il existe un rétrécissement assez prononcé du champ visuel. Toutes les couleurs sont reconnues — Le fond de l'œil est normal.

L'exploration de la sensibilité cutanée ne donne pas de renseignements précis. Tantôt les excitations sont moins bien senties du côté droit, tantôt elles sont plus douloureuses.

Depuis deux mois la malade éprouve de l'engourdissement dans le bras droit, ainsi que des douleurs dans la région iliaque droite, douleurs qui s'irradient dans la cuisse du même côté. Elle n'a jamais boîté. Elle n'écrit plus avec la même facilité, elle éprouve parfois de la difficulté à détacher ses doigts du porte-plume.

L'état de la malade reste stationnaire pendant une dizaine de jours, puis la douleur de la hanche s'exagère et la malade cesse de venir à la clinique pendant un an environ.

Dans cet intervalle, elle a boîté.

Antérieurement à ce premier examen, à la suite d'une chute, elle a éprouvé dans le bras droit des accidents sur la nature desquels la mère est très diffuse. Elle parle de luxation, d'entorse, mais il est probable qu'on a eu là affaire à de la contracture. Les doigts sont restés cinq à six semaines fléchis.

La malade revient à la clinique le 19 novembre. 1882.

On constate dans le même œil droit un blépharospasme caractéristique, avec photophobie et douleurs péri-orbitaires. Le champ

visuel est notablement rétréci pour le blanc et les couleurs. L'acuité visuelle est meilleure qu'au moment du premier examen S = 1/3, au lieu de 1/7. La lésion oculaire est manifestement de nature hystérique.

Le blépharospasme cesse spontanément le 23 novembre. A cette époque on constate une ovarite droite avec hyperesthésie du cuir chevelu à droite.

Il est assez rare que les fibres musculaires annexées aux fonctions de la vie organique soient envahies par la paralysie ; cependant, les tuniques musculaires de l'intestin sont quelquefois atteintes. Alors on voit survenir un gonflement anormal de l'abdomen : on constate une tumeur sonore comme dans les cas de tympanite par spasme musculaire ; ici c'est le manque de tonicité des tuniques qui permet aux gaz accumulés dans l'intestin de les distendre, donnant lieu ainsi à une tympanite par paralysie comme nous avions tout à l'heure une tympanite par spasme. Le résultat définitif est le même, le mécanisme seul diffère. Seulement chez les jeunes hystériques cette lésion est extrêmement fréquente et on la rencontre chez presque tous.

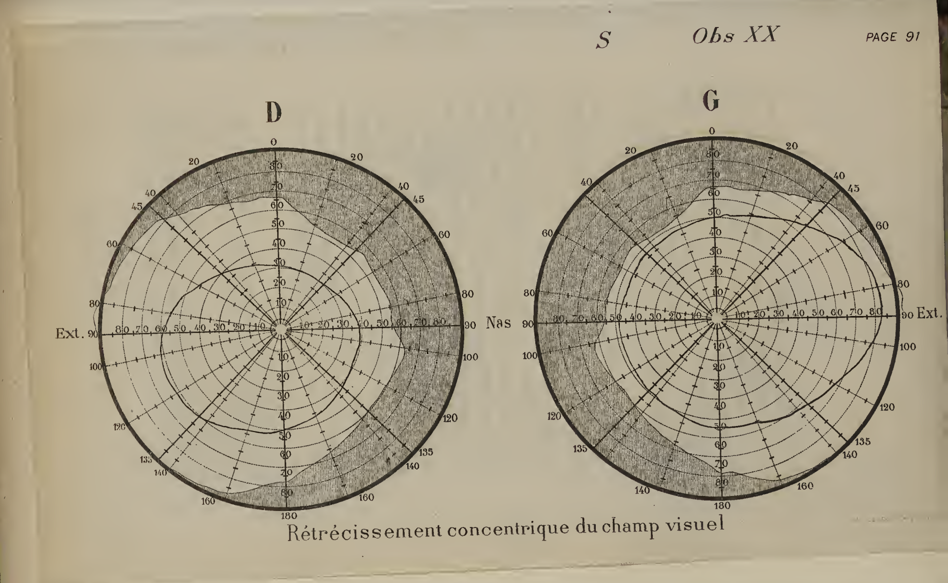
Les fibres de l'intestin et du rectum peuvent perdre, elles aussi, leur contractilité. Ces cas sont beaucoup plus rares.

Quant aux muscles striés de la vie organique, le diaphragme, les muscles du larynx, ils sont quelquefois pris, les derniers surtout. Ils déterminent alors chez les petits malades une *aphonie* qui apparaît brusquement et dont nous avons signalé plusieurs cas dans nos observations.

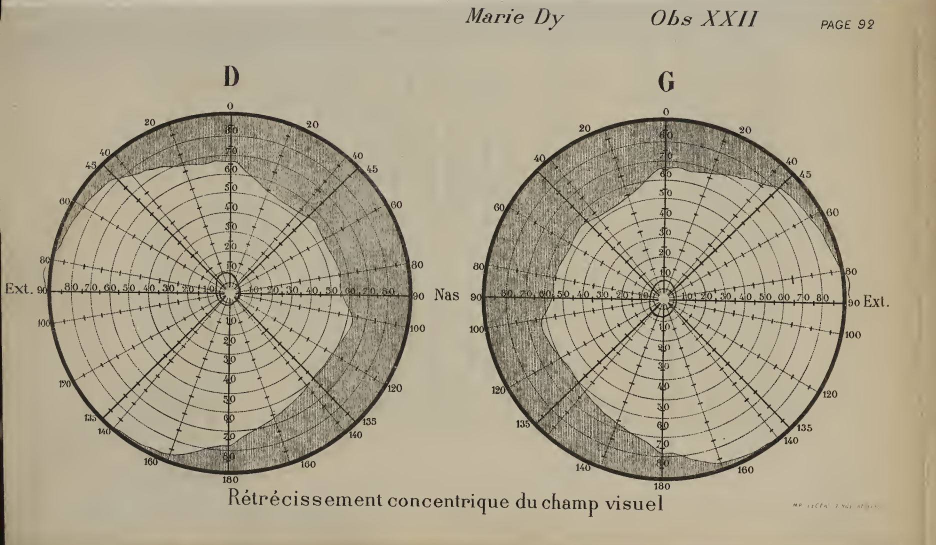
Ces troubles de la parole nous conduisent à dire un mot de l'aphasie hystérique infantile. Nous en avons vu un cas dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. Cette variété



S Obs XX



Rétrécissement concentrique du champ visuel



Rétrécissement concentrique du champ visuel

d'aphasie avait du reste été signalée chez l'adulte. Elle consiste dans la perte totale ou partielle de la faculté cérébrale du langage apparaissant brusquement et sans cause, on la voit un beau jour disparaître tout d'un coup après être quelquefois restée très longtemps dans le *statu quo*.

Voici l'histoire d'une malade qui fut atteinte d'aphasie hystérique qui guérit spontanément.

Observation XXII

Hystérie chez une enfant de 11 ans. — Attaques. — Aphasie hystérique. — Rétrécissement considérable du champ visuel.

Marie Dig..., âgée de 11 ans, entre le 21 avril 1885 dans le service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne (Boulogne).

Antécédents héréditaires. — Le père a eu des convulsions en étant tout jeune. Jusqu'à l'âge de 13 ans, il laissait tomber fréquemment les objets qu'il tenait dans ses mains en faisant entendre l'interjection ah! en même temps qu'il exécutait un léger saut. Frère de son grand-père hémiplégique ; mère bien portante ; cousine maternelle folle — elle fut longtemps dans un asile d'aliénés ; — frère, 20 ans, convulsions à l'époque de la dentition. Il a des tics.

Antécédents personnels. — Sa mère dit à deux ou trois reprises que la malade n'a pas eu de convulsions pour ses dents, mais qu'à peine l'intelligence de sa petite fille s'éveillait-elle qu'elle pleurait déjà sans grand motif. Rougeole à 4 ans ; scarlatine à 9 ans et demi. Ni l'un ni l'autre de ces exanthèmes fébriles n'ont provoqué de phénomènes nerveux extraordinaires. Notre petite malade, qui a un caractère taquin, a été, aux derniers jours de novembre passé, suivie par un chien griffon qui, ayant mordu son carton, lui causa une grande peur. A ce moment elle s'est mise à crier : « Maman, il me regarde! » sans pouvoir se sauver. Une vingtaine de jours après, elle a eu une sensation de malaise, d'oppression et de serrement à la poi-

trine accompagnée d'ballucinations dans lesquelles elle *voyait de gros chiens rouges ou gris qui hurlaient*. Elle a vu sur un petit espace sept cents cbiens parmi lesquels des animaux à tête d'homme, et a eu des convulsions. Quand, en dehors de ses crises, on déchirait par basard un linge, ou on faisait grincer quelque instrument de cuisine, elle avait des tressaillements et se retournait en frissonnant — ce qui commence à influencer le moral de son frère.

L'étouffement et les convulsions, médiocres ,du reste de décembre, continuent à se manifester en janvier 1885.

Au commencement du mois suivant, ses crises augmentent dans leur intensité : la malade perdant connaissance quatre minutes au plus, et les convulsions étant plus inquiétantes pour la famille ; les choses en étaient là, lorsqu'à la fin de février, aux troubles susdits vint s'ajouter une contracture des muscles du bras et de l'avant-bras, qui se mettait en pronation forcée et des muscles du cou qui faisait dévier un peu la tête à droite ou à gauche ; la malade toussait pendant la crise.

Alors elle parlait encore, mais de plus en plus bas, sa voix s'affaiblisssant graduellement, jusqu'au commencement de mars, elle devint tout à coup aphasique, mais non aphone, car depuis ce moment jusqu'à son admission elle prononçait quelques bouts de phrases : « Ah ! maman, je.... pas, etc. » comme font les aphasiques ordinaires.

Etat actuel (24 avril). — *Sensibilité cutanée.* — Les plaques, insensibles à la piqûre et au pincement, qu'on constatait il y a trois jours sur différents endroits du corps, sont à présent moins nombreuses et peut-être plus étendues; un morceau de glace promené sur la peau montre que le trouble thermique est plus régulier : elle le sent notablement moins à gauche et en avant qu'à droite.

Ovarite droite.

Sens musculuaire affaibli dans les membres droits.

Dynamomètre 10, à droite ; 20 à gauche. Réflexes tendineux presque normaux.

Sens spéciaux. — L'aloès ne lui cause aucun goût désagréable ; l'odeur du vinaigre est confondue avec celle d'autres substances.

Montre entendue à peu près bien des deux côtés ; le champ visuel est tellement rétréci que la malade est achromatopsique.

Mlle Dig..., qui présente le type de l'aphasie décrit par Broca, répond très bien aux questions par écrit, a une mimique vive.

Elle peut dire : a — o, — mais non e — i — u ; la langue ne peut être tirée d'elle-même, sa pointe est arrêtée derrière les dents, mais lorsqu'avec le doigt on soulève assez l'organe pour qu'il dépasse l'arcade dentaire elle peut le maintenir tiré et la pointe en est déviée à droite et portée vers le bas. La langue a une consistance ferme et est comme contracturée. Lorsqu'on déshabille la malade, elle fait des interjections modulées : ah-oh, etc.

M. Charcot lui écrit la question : « Dis-moi ce que tu veux. » Une poupée qui dise papa, maman ; elle m'apprendra à parler, » a été sa réponse faite avec la netteté désirable.

Description d'une de ces attaques. — La jeune Dig.., une demi-heure environ avant d'être prise d'une attaque, devient inquète, ne fait pas attention à ce qu'on peut lui dire, perd un peu le contrôle ordinaire sur soi-même et sur certains actes réciproques envers ses compagnes de salle, sa figure pâlit et rougit par petites zones et à peu près simultanément, enfin elle a des sortes d'absences : on la couche et, après avoir fait entendre un nombre variable de grognements, elle jette, sans violence, ses membres d'un côté et d'autre, se tourne plusieurs fois sur elle-même en faisant en même temps quelques culbutes espacées ou quelques salutations à peine esquissées, sourit d'une manière saccadée et prononce quelques phrases interrompues : — « Oh ! il est... est rouge ; ne mordra-t-il pas ? »

Ces phénomènes ne sont pas longs à finir, en sorte qu'au bout d'une vingtaine de minutes elle commence à recouvrer sa connaissance, mais ne répond pas aux questions ; seulement, si on lui demande, par écrit, quelle espèce de chien elle a vu, elle se montre surprise et croit à une plaisanterie.

Le 11 mai, vers 10 heures du matin, une dispute s'étant engagée entre quelques malades, notre petite malade en a été tellement saisie, qu'elle se met à courir en poussant des hurlements, cherche à se ca-

cher dans les vêtements d'autres personnes, et, tout ahurie, elle dit : — « méchante ! J'ai peur ! » A partir de ce moment, son vocabulaire s'accroît rapidement, et, au bout de quelques jours, elle cause suffisamment avec ses voisines, qui cherchent à la faire parler.

Nouvel examen pratiqué par M. Parinaud, trois jours après l'accident On constate l'absence du violet et du vert du côté gauche et un simple rétrécissement pour le champ visuel du côté droit, sans dyschromatopsie.

La malade, soumise dès son entrée à la franklinisation, l'est encore jusqu'à sa sortie; elle a fait usage des pilules de Rabuteau et de quelques douches, sans parler de l'isolement d'avec les siens — condition très importante, conseillée toujours par M. Charcot.

Exeat. — Presque complètement guérie (1).

Un caractère commun à tous ces troubles paralytiques, commun également, du reste, aux contractures, c'est la faculté avec laquelle ils se déplacent, quittant un groupe musculaire pour en frapper un autre. Après être restés des mois entiers immobilisés sur un membre, on les voit tout à coup l'abandonner pour aller s'implanter sur le membre du côté opposé ou sur un groupe musculaire plus éloigné ; ce qui les distingue encore, et ce qui fait bien ressortir leur nature hystérique, c'est la soudaineté de leur apparition, la brusquerie de leur disparition. Ils empruntent à la grande névrose son cachet dominant de variabilité et d'inconstance et cette brusquerie d'allures, cette diversité de symptômes même en fait un caractère de plus, aidant à prouver que l'hystérie est toujours une et identique à elle-même, rien n'étant si constant que son instabilité.

On doit ranger dans l'étude de ces spasmes une mala-

1. Clinique de M. Charcot.

die qui vient souvent compliquer l'hystérie infantile : nous voulons parler de la chorée rhythmique hystérique.

Dans certains cas, le tronc est animé de mouvements de va et vient d'avant en arrière. C'est une série de salutations profondes et répétées que leur monotonie et leur exagérations rendent ridicules. D'autres fois la langue sort de la bouche et y rentre également à intervalles très courts réguliers, tandis que les muscles de la face, secoués par un rictus étrange, donnent à la physionomie tout entière une expression bizarre et hideuse. Dans d'autres circonstances, les bras et les jambes sont secoués de mouvements rhythmiqnes et systématiques. Quelquefois, un membre seul est animé de ces secousses régulières. Wilker rapporte l'observation d'un enfant de 9 ans qui était atteint de chorée malléoloire.

Il peut arriver que la chorée s'accompagne de cris, de grognements, d'aboiements. Elle est quelquefois continue. Le plus souvent, il existe des intervalles de rémission pendant lesquels le malade est immobile, puis une crise survient et c'est surtout dans ces chorées à répétition qu'on entend au moment de l'attaque des cris rauques et inarticulés.

De toutes les affections qui peuvent venir joindre leur tableau symptomatique à l'hystérie, la chorée paraît être celle qui se généralise le plus facilement à plusieurs individus. Aussi dans les couvents de petites filles, dans le pensionnats de jeunes garçons, on peut être sûr que si un cas de chorée rhythmique hystérique se déclare il ne restera pas longtemps isolé, à moins qu'on ne s'empresse de séparer le petit malade de ses camarades.

On connaît du reste les tendances épidémiques de la chorée des adultes, et les relations d'épidémie de chorée rhythmique que M. Richer a rapportées dans son intéressant chapitre sur l'hystérie dans l'histoire prouvent bien que la maladie une fois née dans un groupe d'individus ne demande qu'à s'étendre et à se généraliser.

Voici un de ces cas de chorée observé chez un jeune hystérique de quatorze ans.

Observation XXIII

Accidents hystériques variés chez un jeune garçon de quatorze ans. — Chorée rhythmique. — Grandes attaques convulsives ainsi composées : Phase de mouvements rhythmés remarquables par leur variété: période de délire qui revêt quelques-uns des caractères du somnambulisme.

Albert P..., quatorze ans et demi, se présente à la consultation externe au mois de juin 1881.

Il a un frère de douze ans qui se porte bien. Mère nerveuse. Strabisme interne de l'œil gauche à la suite d'une conjonctivite purulente. Les paupières de l'œil, autrefois malade, ne laissant entre elles qu'un léger intervalle du côté interne, forçaient le malade à regarder par cette petite ouverture.

A sept ans, chute d'un premier étage ; perte de connaissance qui a duré deux jours. A la suite, chorée qui a duré six mois. Cette chorée paraît ne pas avoir été une chorée vulgaire. Le père la décrit ainsi : les grimaces avec projection de la langue n'existent pas. Les membres surtout sont affectés. Il y d'abord trois à cinq mouvements de la jambe droite, puis de la gauche, enfin des bras. Le nombre des secousses peut aller jusqu'à sept et tous ces mouvements se succèdent dans chaque membre.

A l'âge de dix ans, douleur dans le côté gauche. Cette plaque douloureuse ne paraît pas avoir été une dermalgie, il fallait une pression

aussi forte pour la provoquer. Elle était aussi spontanée. Cette douleur existe encore aujourd'hui.

Les attaques de chorée venaient par accès qui duraient de une demi-heure à trois quart d'heures, les yeux étaient fermés pendant l'accès (les mouvements de palpitation des paupières n'ont pas été remarqués). Pendant ces attaques, le malade avait le délire, semblait interroger quelqu'un, attendait la réponse et y répondait en commentant ou en niant.

Cette chorée a duré six mois. Les accès revenaient chaque jour et plusieurs fois par jour, jamais la nuit. Les trois premiers mois, il semble y avoir eu une parésie des membres inférieurs qui empêchait le malade de se tenir debout. Très raisonnable dans l'intervalle des crises, le malade ne se rappelle pas ce qu'il a fait pendant ses accès.

Depuis cette époque, les accès de chorée ont reparu à des intervalles de plusieurs mois. En même temps, ils se sont un peu modifiés. Il s'y est adjoint un certain nombre de phénomènes qui en précisait la signification en les rapprochant davantage de la grande attaque d'hystérie.

Dernièrement, les grandes crises de chorée sont demeurées onze mois sans reparaître, mais il y a eu de temps à autre de petites crises de mouvements rhythmés.

Aujourd'hui, les grandes crises offrent les caractères suivants :

Elles semblent être périodiques et reviennent le matin et le soir vers huit ou neuf heures. Elles sont annoncées par la vue de couleurs brillantes (blanc, noir, rouge, bleu). Ces couleurs arrivent sous forme de petites boules de feu d'artifice. Quand le malade voit le bleu, il sent une petite douleur à son point hystérogène et perd connaissance après avoir perçu des bruits dans les oreilles et des battements dans la tempe gauche. Il tombe ensuite et exécute une série de mouvements rhythmés plus ou moins violents. Ces mouvements ont un caractère varié; ils figurent la marche sur place ou le saut. Parfois ils reproduisent les mouvements acrobatiques que l'enfant a pu remarquer dans les cirques. Parfois, ce sont tout simplement des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des bras ou des jambes.

Un jour, il s'est acharné à taper avec les pieds sur un comptoir qu'il a démoli. Il se renverse ensuite en-arrière dans un espèce de crucifiement, les membres raidis, puis reprend tout à coup sa position normale et recommence ses mouvements rhythmés du tronc et des membres.

Il entre alors dans une troisième période durant laquelle il raconte des histoires, ou bien se lève, va chercher une plume, la met dans un porte-plume et écrit ainsi des choses très singulières (il fait ainsi la demande en mariage d'une demoiselle qu'il connaît). Il tient des discours dont le sujet est tour à tour triste ou gai et le plus souvent puisé dans les divers événements de son existence. Une fois, il s'écrie sur un ton pathétique. « Adieu, père, mère, adieu, je dois mourir. » Il fait ses derniers apprêts et simule la mort. Cette scène lugubre est aussitôt suivie d'une autre d'un genre différent.

Pendant tout le temps de la crise, les yeux sont fermés, et le malade demeure complètement insensible aux excitations extérieures. Il se dirige très bien pour aller où il veut. Si une personne s'approche de lui pendant sa période ambulatoire, il la tâte, la sent pour la reconnaître, puis la repousse à coups de poings si c'est un étranger. Si on lui montre ce qu'il a écrit pendant sa crise (la demande en mariage) par exemple, il nie avoir écrit quoi que ce soit.

En résumé, donc, le malade sent venir son accès ; s'endort, tombe les yeux fermés. Vient ensuite la période des grands mouvements, puis le crucifiement, les membres raides et enfin une troisième période de délire et de somnambulisme.

Dans ses moments lucides, il parle volontiers de mariage, du bonheur du mariage. L'autre jour il a avoué à son père que chaque fois qu'il passe devant une charmante caissière d'un bureau de tabac, elle lui fait un certain effet.

Dans l'intervalle des accès, le malade apprend bien, est intelligent, les organes génitaux sont à leur place, très développés. Pas de mauvaises habitudes. Durant cette année, le malade a grandi de $0^m,04$ à $0^m,05$.

Hypéresthésie généralisée, mais plus prononcée à gauche. Beaucoup plus sensible au froid, à gauche qu'à droite.

Traitement. — Bromure de potassium 5 gr. par jour. Hydrothérapie dès le début de la maladie.

Le malade est hypnotisable par la pression sur les globes oculaires. Il reste immobile, les yeux fermés. Pendant ce sommeil, il n'est pas lucide, si on le panse, il marche, mais butte sur tout ce qui se trouve devant lui. Le sommeil dure de 10 à 15 minutes (1).

Parmi les troubles de sécrétion qui peuvent venir s'ajouter à la symptomatologie déjà si variée de l'hystérie infantile, nous n'avons guère qu'à nous occuper de la secrétion urinaire.

Les troubles de cette fonction ne sont pas très fréquents chez les jeunes hystériques.

L'augmentation de la secrétion de l'urine est rare : la polyurie ne s'observe presque jamais.

L'ischurie est beaucoup plus fréquente : elle peut aller jusqu'à l'anurie : dans ces cas, les petits malades ne paraissent pas très incommodés par cette diminution dans la dépuration rénale et l'élimination des matières extractines, de l'urée surtout. Il est rare du reste, que l'anurie persiste longtemps.

Quant aux formations exagérées de gaz dans l'intérieur de l'intestin, nous avons vu plus haut, en parlant de la tympanile qu'elles en étaient les conséquences (barborygmes, fausse péritonite, etc.).

Comme les adultes, les jeunes hystériques sont susceptibles d'être hypnotisés. Nous avons eu trop peu d'occasions

1. Richer. *Loc. cit.* p. 375.

d'étudier l'hypnotisme dans le jeune âge pour pouvoir faire un parallèle entre les deux, suivant qu'on l'observe chez l'enfant ou chez l'homme ou la femme. Voici cependant une expérience que nous avons faite sur un jeune sujet hystérique dont nous rapportons en même temps l'observation.

Observation XIV

Hystérie chez un enfant de treize ans. — Vertiges épileptiformes. — Attaques de clownismes. — Troubles de sensibilité. — Points hystérogènes. — Rétrécissement concentrique du champ visuel. — Hypnotisme.

Luc. P..., 13 ans.

Gourme dans l'enfance. Pas de convulsions. L'enfant a eu la coqueluche à cinq ans. Il a toujours été un peu émotif et nerveux.

Quelques jours avant sa première attaque, en juillet 1884, il a été battu pendant près d'un quart d'heure par ses camarades de classes. Les jours suivants, il était inquiet, avait peur, et c'est au milieu de la classe que sa première attaque a éclaté. Elle a commencé par une sensation de constriction à l'épigastre, s'irradiant légèrement en haut, sans que cependant le phénomène de la « boule » soit bien net. Il est alors tombé et ne s'est rappelé de rien. Ses camarades lui ont dit qu'il criait très fort et se débattait en faisant de grands mouvements. Il ne s'est pas mordu la langue.

Au mois d'octobre, il a eu une seconde attaque qui dure un quart d'heure et qui, d'après les personnes qui y ont assisté, ressemble à la première. Il est tombé, s'est mis à pousser des cris, à se débattre, frappant le sol de sa tête et de ses bras. Quand il est revenu à lui, il avait des contusions violentes sur toute la région occipitale. Ses poings étaient meurtris. Il a encore eu plusieurs attaques semblables aux précédentes jusque, il y a un mois, où il a senti pour la première fois avant de tomber et perdre connaissance, des battements et des

sifflements dans les tempes. Dans cette attaque, il s'est débattu plus fort que dans les précédentes, la durée en a été plus longue (30 minutes environ) elle s'est terminée par une période de délire.

Le malade se plaint, en outre, d'avoir de temps en temps d'autres attaques caractérisées comme il suit.

Il perd tout à coup connaissance sans en avoir lui-même la notion. S'il est assis il ne tombe pas mais, reste immobile: quand il revient à lui, il reprend son travail où il l'avait laissé sans s'apercevoir que son existance vient d'être interrompue pendant quelques minutes. En classe, un jour qu'on faisait une dictée, il a sauté 3 ou 4 phrases. Quand il est revenu à lui, il a continué à écrire et il a fallu qu'un de ses camarades lui fasse remarquer qu'il venait d'être deux ou trois minutes sans écrire, que sa dictée devait être incomplète.

Lorsque ces vertiges le prennent debout, il tombe subitement, reste immobile quelques minutes, revient à lui et ne se souvient de rien.

Etat actuel. — Nous voyons l'enfant au mois de mai 1885. Il est bien constitué, sa physionomie ne présente rien d'anormal. Les testicules, tous deux à leur place ne sont pas plus, douloureux à la pression que chez l'homme sain. Les réflexes crémastériens sont très développés des deux côtés.

Il nous raconte, que depuis longtemps, il est tourmenté la nuit par de fréquents cauchemars durant lesquels il voit des animaux, surtout des souris trotter sur son lit. Il n'en a, du reste pas peur, nous dit-il, et s'amuse à courir après.

La mortalité est intacte.

Il n'en est pas de même de la sensibilité, mais les troubles de sensibilité sont disposés sur tout le corps d'une façon irrégulière. Il existe toute une zône d'hypéresthésie s'étendant aux membres inférieurs dans toute leur étendue et remontant dans toute la région du dos.

En avant, on constate une bande d'anesthésie intéressant toute la partie externe de l'avant-bras gauche, la région de l'éminence hypothénar de la main du même côté, ainsi que la face palmaire des doigts.

En arrière, toute la région occipitale gauche est atteinte d'anolgésie, tandis qu'à la région lombaire, le malade sent très manifestement le froi l beaucoup mieux que du côté droit.

Zônes hystérogènes. — Au dessus du mamelon droit, et dans la portion lombaire de la colonne cervicale, il existe des points tellement douloureux à la pression, que lorsqu'on appuie à ces endroits, la respiration du malade s'accélère, les yeux se convulsent en haut ; il pousse des cris de douleur, sans cependant perdre connaissance. Il existe deux points semblables dans les fosses iliaques à l'endroit qui, chez la femme, correspondrait aux ovaires.

Le malade voit bien les couleurs. Il existe cependant des deux côtés, un notable rétrécissement du champ visuel. Les autres sens spéciaux sont intacts.

Voici du reste, une note de M. Parinaud, sur l'état de l'appareil de la vision chez ce petit malade,

Amblyopie hystérique.— Contracturé de l'accommodation simulant une paralysie.

Rétrécissement très prononcé du champ visuel. Pupilles et muscles normaux.

$$S = \frac{5}{15}$$

Phénomènes de presbytie : le malade lit mieux en éloignant, et on améliore la vision avec un verre convexe.

Diplopie quand l'objet est très rapproché de l'œil : il disparaît à 15 centimètres.

On fait disparaître la diplopie avec un verre convexe faible.

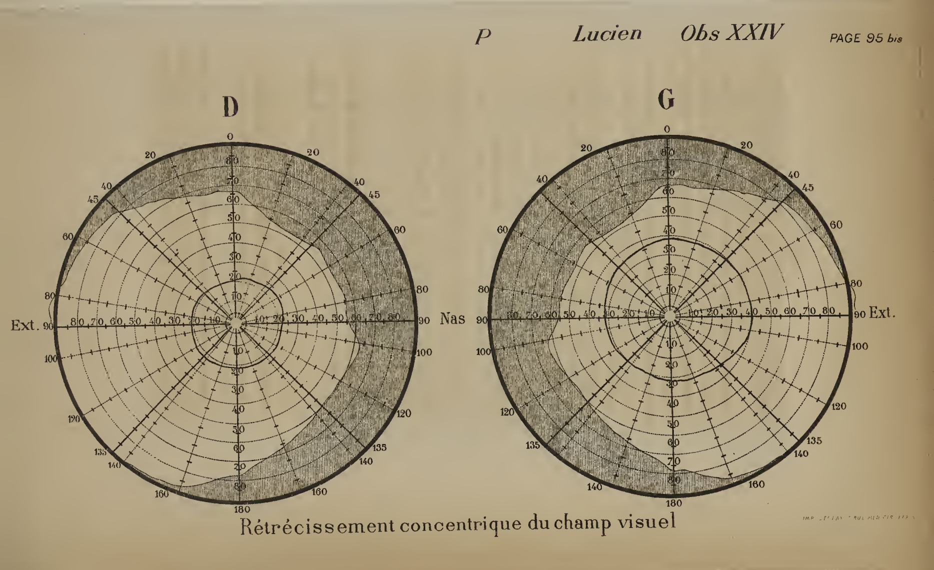
Même état pour la réfraction et pour la diplopie monoculaire.

Champ visuel rétréci à 20° à droite, à 40° à gauche.

Distingue les couleurs.

Nous avons essayé une fois d'hypnotiser le jeune L... par la fixation d'un objet brillant. Au bout de 5 minutes de fixation, les yeux se sont fermés, mais quelques secondes après, le malade les a rouverts.

P *Lucien* *Obs XXIV*



Rétrécissement concentrique du champ visuel



Nous les lui avons refermés avec la main et après quelques pressions légères exercées avec les doigts oculaires sur les globes, les yeux sont restés définitivement clos. Dans cet état, nous n'avons pas constaté d'hypérexcitabilité neuro-musculaire, mais le malade ne réagit plus au pincement ni à la piqûre. Si on lui dit de se lever, il reste assis, ne paraissant pas entendre, mais après plusieurs injonctions faites d'un ton bref et impératif, il finit par se lever en poussant un petit grognement de mauvaise humeur. On lui commande de marcher : il marche en titubant un peu, les yeux fermés comme un automate, toujours droit devant lui, chavirant les chaises et les tabourets, allant jusqu'au mur qu'il cogne de la tête et contre lequel il s'arrête.

Il répond aux questions qu'on lui pose, à la condition que celles-ci soient faites sur un ton de commandement, qu'elles aient l'air pressantes : on dirait qu'il lui coûte de parler et aux questions faites d'un ton calme, il reste muet.

Nous essayons de lui donner une suggestion, celle d'un oiseau qu'il tient dans la main. Il résiste d'abord, niant voir ou tenir un oiseau ; puis, tout à coup, les yeux qu'on lui a ouverts prennent une expression d'étonnement, il ferme la main sur l'oiseau imaginaire, le caresse de l'autre main, et cela aussi longtemps qu'on lui laisse l'hallucination. On lui commande de le mettre dans sa poche, puis on le réveille en lui soufflant brusquement dans les yeux.

Il fait un soubresaut, se réveille et ne se rappelle de rien. On lui dit de fouiller dans sa poche ; il en retire les divers objets qui y étaient avant qu'on ne l'endormît. Mais l'hallucination a disparu avec le sommeil.

Rappelons aussi le petit malade de l'observation précédente qui pouvait être hypnotisé par une pression exercée sur les globes oculaires, et dont la marche pendant le sommeil, rappelle celle du jeune P.... que nous venons de décrire.

Voilà, esquivés à grands traits les principaux symptômes

que l'on observe dans le cours de l'hystérie infantile. Il est essentiel de remarquer que un ou plusieurs de ces symptômes peuvent se rencontrer chez les malades atteints d'hystérie non convulsive. Outre la symptomatologie que nous avons décrite au chapitre hystérie non convulsive, toutes les complications que nous venons d'étudier dans ce paragraphe peuvent venir frapper les malades que nous envisagions alors. Ils sont le plus souvent atténués dans ces cas, et les désordres intellectuels tiennent toujours le premier rang. Aussi ne faut-il pas, croyons-nous, attendre leur apparition pour diagnostiquer l'hystérie, et ne doit-on pas conclure de leur absence à la non existence de la névrose. Les troubles mentaux seuls et les quelques désordres physiques que nous avons signalés alors doivent suffire à un observateur exercé. Plus tard, l'adjonction de ce cortège nombreux de symptômes que l'hystérie traîne avec elle pourront être d'un appoint considérable pour l'affermissement du diagnostic ; mais en matière d'hystérie infantile, il faut s'efforcer de voir venir le mal de loin, car plutôt le praticien entrera en lutte avec lui, plus il aura de chances pour en triompher. L'hystérie à son début peut être enrayée : lorsqu'elle s'est profondément enracinée dans l'organisme, étendant, de par sa symptomatologie si variée, ses ravages à tous les systèmes de l'organe, il faut de la part du malade, de son entourage et du médecin, une telle dose de patience, de volonté et d'énergie que bien souvent, fatigués de la lutte on l'abandonne, laissant la maladie maîtresse du terrain.

En résumé, nous voyons que la symptomatologique de l'hystérie infantile est la même que celle de l'adulte qu'on

la considère chez l'homme ou chez la femme. La maladie est bien toujours identique à elle-même et les quelques modifications qu'on rencontre çà et là dans cet exposé symptomatique ne proviennent que de la différence des terrains ou évolue la nevrôse. Chaque sujet réagit un peu suivant ses tendances individuelles : au fond, que l'hystérie évolue chez la femme, chez l'homme ou chez l'enfant, elle est toujours la même et la description détaillée qui en a été faite par M. Charcot et son école peut s'appliquer aussi bien au jeune âge qu'à l'âge adulte, au sexe masculin qu'au sexe féminin.

Pour bien faire saisir toutes ces analogies, nous plaçons ici deux observations de M. Bourneville qui se rapportent à des jeunes hystériques chez lesquels tout l'ensemble symptomatique, hystérie non convulsive, attaques et symptômes intermédiaires sont très complets et rappellent de tous points les observations rapportées par cet auteur dans l'iconographie, observations qui concernent toutes les adultes.

Observation XXV

Père et grand père paternel nerveux et migraineux. — Mère, convulsions et torticolis spasmodique dans l'enfance. — Tante maternelle idiote, consaugvinité. — Frère et sœur morts de convulsions. Convulsions à neuf mois. — Impressionnalité très vive, cauchemars. — Histéro-épilepsie (février 1880). — État du malade en mars : hermianesthésie sensarielle. — Zônes hystérogènes (clou hystérique, etc.), prédominant à gauche. — Description des attaques ; marche. — Traitement par l'hydrothérapie. — Guérison.

Ron... Fernand, âgé de 13 ans, demeure au Kremlin, près Bicêtre. *Renseignements fournis par son père.* — Père, 42 ans, garçon

de bureau à la ville depuis 10 ans ; auparavant il était coiffeur. Il n'a jamais fait d'excès de boisson, ni de femmes, et ne présente pas d'antécédents morbides diathésiques, sauf des atteintes de migraine de dix à quatorze ans. Vers l'âge de 10 ans, il a eu des accidents pulmonaires qui ont nécessité un séjour au lit de six ou huit mois ; à 22 ans, fièvre typhoïde. Très nerveux et très impressionnable, il était sujet à des accès de colère, principalement lors des premiers temps de son mariage, c'est-à-dire à l'âge de 30 ans. Aujourd'hui, il se montre très préoccupé de l'État de son fils. Père, 81 ans, sabotier, bien portant. Il n'a jamais eu d'accès d'aucune sorte ; il a eu des attaques de migraine entre 30 et 40 ; de plus, il est enclin à des accès de colère tels que, dans l'un d'eux il a failli, un jour tuer un de ses frères. Mère, 79 ans, asthmatique, a conservé toute son intelligence. Pas d'excès, ni de manifestations névropathiques. Un frère bien portant a été atteint d'un eczéma du pied qui reparaît encore de temps à autre. Aucune affection mentale ou nerveuse dans la famille.

Renseignements fournis par sa mère. — Mère, 40 ans, institutrice, bien portante, assez impressionnable. Elle a eu des convulsions à un an ; un torticolis spasmodique qui s'est reproduit sept à huit fois pendant la deuxième et la onzième année avec une durée variable d'une ou deux heures, une fièvre typhoïde grave, à forme ataxique avec convulsions à l'âge de sept ans. Elle s'est mariee à vingt-six ans ; elle a souffert de névralgies de la tête qui sont aujourd'hui en voie de diminution (Père, mort à soixante-sept ans, d'une fluxion de poitrine : ni excès, ni troubles nerveux). Mère morte à quarante-neuf ans à la ménopause, d'une affection qui a duré six mois, accompagnée d'œdème des extrémités. Deux sœurs, l'une morte à dix-huit mois, d'un choc sur la tête ; l'autre à quatre mois et demi ; celle-ci était « comme idiote » état qu'on attribuait aux peurs qu'avait éprouvées sa mère lors des événements de 1848. Pas d'autres accidents nerveux dans la famille.

Consanguinité. — Le père et la mère sont cousins germains, issus du frère et de la sœur.

Cinq enfants : 1° notre malade ; 2° fille morte d'une méningite à 9 mois ; 3° garçon âgé de 9 ans, de constitution délicate, très nerveux, né pendant la guerre de 1871 ; 4° garçon âgé de 7 ans, bien portant, paraît moins nerveux que le précédent ; 5° garçon mort à 2 mois 1/2 de convulsions qui avaient débuté dès le deuxième mois. La grossesse avait été troublée par des émotions dues à des querelles de famille.

Notre malade. — Grossesse assez bonne. Toutefois, entre le troisième et le quatrième mois, la mère a éprouvé une vive contrariété à l'occasion d'une querelle avec sa belle-mère. Naissance à terme ; accouchement au forceps après 27 heures de travail. L'enfant fut élevé au sein pendant les trois premiers mois, puis au biberon jusqu'à trente mois. A neuf mois, il a eu des convulsions qui se reproduisirent pendant deux ou trois mois. Les premières étaient violentes et duraient parfois une nuit entière.

Dans la première enfance, avant cinq ans, notre malade fut atteint de rougeole et de variole bien qu'ayant été vacciné. Avec la croissance, et avant le début même de l'affection, se développèrent les troubles psychiques : l'enfant devenait irascible, très impressionnable, s'effrayant pour un rien. C'est ainsi que, même plus âgé, il refusait d'aller seul aux cabinets, la nuit, bien qu'il ne dût pas, pour cela, sortir de l'appartement. Le sommeil était agité et deux ou trois fois, on constata des cauchemars (terreurs, cris, crainte des voleurs).

Depuis le début de la névrose, le sommeil est resté mauvais. « Hier encore, nous dit la mère, il a eu une crise dans la soirée ; il voulait ouvrir la fenêtre pour se jeter dans la rue et demandait un couteau pour s'ouvrir la poitrine ; comme on le voit, dans son délire, il a souvent des idées de suicide. Tout le reste de la nuit, il a été agité, poussant de temps à autre quelques cris d'effroi, quelques plaintes, ou bien se mettant sur son séant dans le lit. Il n'y a pas eu de sommeil à proprement parler. Au réveil, il ne se souvenait pas d'avoir demandé un couteau pour se frapper. »

Notre malade n'a pas présenté d'autres antécédents morbides que

ses accidents névropatiques jusqu'à ce jour. En 1875, il est entré en pension et y est resté jusqu'en février dernier.

L'hystérie a commencé à se manifester sous forme d'attaques en février 1880. La première a eu lieu le 6 février et a surpris l'enfant pendant son travail à l'école de Vitry; elle aurait débuté par une sensation « de tournoiement de tête » et, après une durée de deux heures, se serait terminée par des chants, des pleurs et des rires. La seconde s'est manifestée le 8 février, à la fin d'un repas et a débuté par un étourdissement. On a constaté alors, la perte de connaissance, les convulsions cloniques, le grand arc de cercle; il y a eu plusieurs reprises, mais pas de cris ni de pleurs pendant cette crise qui a duré une heure et quart. Le 17 février, troisième attaque durant une heure et demie, même mode de début et mêmes phénomènes que pour la précédente.

Etat actuel — (1er mars). — Les fonctions digestives sont normales, sauf une tendance très marquée à la constipation. L'auscultation du cœur décèle un léger souffle au premier temps, à la base, l'impulsion cardiaque est forte, il y a parfois des palpitations. Quelques poils au pénil; un peu d'ictyhose sur le ventre.

La sensibilité générale, dans ses divers modes, est conservée et elle paraît égale des deux côtés. Il n'en est pas de même pour les sens spéciaux. A gauche, le malade ne perçoit pas le tic-tac de la montre, tandis que la sensation est parfaite à droite; l'œil gauche ne peut reconnaître les coulenrs qu'on lui montre (exception faite pour le jaune de saturne : « il y a quelque chose qui le trouble. » Il ne peut non plus distinguer les lettres, même celles qui forment le titre d'un journal. La vue est normale à droite. Le sens de l'odorat est légèrement affaibli à gauche. Le goût est obtus du même côté. La sensibilité de la muqueuse buccale, au toucher, est un peu plus obtuse du côté gauche) il en est de même pour la muqueuse oculo-palpébrale.

Les facultés psychiques sont intactes : le caractère est doux et affectueux; l'enfant montre de l'aptitude au travail. Il n'aurait pas d'habitudes d'onanisme.

Examen des zones hystérogènes. — Il existe différentes zones

chez notre malade, au niveau desquelles la pression digitale est très douloureuse.

En procédant de haut en bas, on rencontre les suivantes :

1° *Clou hystérique*, sur une surface ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, siégeant à deux centimètres en avant du vertex. Il y a pas de douleur spontanée, mais la pression détermine une sensation pénible dans toute la tête. Le clou hystérique participe à la crise nerveuse en ce qu'il devient douloureux au moment de l'aura ; 2° *rachialgie* au niveau de l'apopbyse épineuse des cinquième et sixième et surtout septième vertèbres dorsales ; il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée à ce niveau, ni de douleurs spontanées ; la pression donne au malade la sensation d'un tapotement qui répondrait dans toute la poitrine. Cette zone envahit les gouttières vertébrales correspondantes, également des deux côtés ; 3° zones symétriques à droite et à gauche dans le *cinquième espace intercostal* à égale distance du sein et de la ligne axillaire. Il n'y a ni douleur spontanée, ni hyperesthésie cutanée, mais la pression du doigt donne lieu à des douleurs lancinantes qni s'irradient jnsque dans l'abdomen ; 4° point douloureux dans le *cinquième espace intercostal gauche*, à quatre ou cinq centimètres du rachis ; 5° zone *au-dessus de la poignée du sternum* sur une hauteur de quatre centimètres ; 6° points hystérogènes symétriqnes au niveau des *flancs* ; 7° zones au niveau des deux *régions répondant à peu près au centre des fosses iliaques* et correspondant aux zônes « *ovariennes* » ; celle de gauche est la plus nette. Dans la recherche de ces différents points hystérogènes, on n'a pas essayé de provoquer les attaques par une pression prolongée.

Aura. — L'enfant déclare avoir la sensation d'une boule qui partirait de la partie médiane du pénil (il ne sait dire si elle part du testicule) remonterait verticalement à l'épigastre et de là au niveau du larynx. Cette sensation durerait 4 à 5 minutes. Puis il lui semble que les paupières se ferment ; il a des éblouissements, tous les objets tournent autour de lui ; ils ont leur couleur et leur forme naturelles ; il éprouve une douleur frontale, rien dans les tempes), il entend un

« tapage » des deux côtés, le clou hystérique devient très douloureux et aussitôt il perd connaissance.

Les attaques revenant à des heures presque régulières et durant un assez long temps, nous convînmes avec les parents qu'ils viendraient chercher aussitôt qu'elles apparaîtraient M. d'Olier, alors interne du service. C'est ce qui fut fait et le 2 mars, M. d'Olier fut témoin d'une série d'attaques que nous allons décrire d'après ses notes consignées sur l'observation.

Description d'une attaque complète. — (2 mars). L'attaque débute à 7 h. 35 du soir après un dîner où l'enfant a peu mangé et durant lequel il a été pris plusieurs fois d'un tremblement de la mâchoire inférieure. A la fin du repas, il annonce un malaise mal défini au niveau du bas-ventre et une sensation d'étourdissement. On le porte sur son lit et presque aussitôt il éprouve une sorte de strangulation et porte la main à la gorge pour se debarrasser d'un obstacle. On entend en même temps un sifflement laryngé. Surviennent alors des douleurs vagues abdominales, et, dans un dernier renseignement, l'enfant nous dit qu'il sent sa boule lui remonter vers la gorge et, à ce moment, il perd tout à fait connaissance.

Rigidite passagère ; puis, convulsions cloniques débutant par un petit arc de cercle, ensuite grands mouvements. Nouveau sifflement laryngien : l'enfant crie « oh là là ! », il n'entend rien de ce qu'on lui dit.

Puis, il se met à rire et délire. — Nouveaux grands mouvements cloniques, rires. — Hallucinations de la vue. On imite devant lui « Guignol » Il comprend, rit et imite. Répète « oh là là ! » à plusieurs reprises.

Nouvelle crise, avec grands mouvements ; il semble vouloir se jeter à bas du lit. — Grand arc de cercle. Douleur vive à la pression au niveau de la zone hystérogène dorsale. — Grands mouvements, rire et imitation. — Attitude passionnelle ; colère. Veut mordre ceux qui l'environnent. Reprise des convulsions cloniques ; l'enfant veut prendre mon cahier, mord un mouchoir ; crie : « Emile ! » Nouveaux grands mouvements. Rires. Repos.

Le malade essaie de mordre ; crache, rit, chante. Il ne répond rien aux questions qu'on lui adresse. Il pousse des cris de rage contre moi et ceux qui le maintiennent, frappe, insulte. Il rit quand on imite devant lui les marionnettes avec les doigts. On lui demande par écrit, s'il veut marquer sur le papier ce qu'il ressent ; il prend brusquement la feuille et le crayon et écrit « non. » Aussitôt après accès de rage, il mord ; les marionnettes l'amusent.

Les autres soirs, il reconnaissait son père à la bague qu'il porte au doigt ; il n'en est rien à ce moment, et il frappe son père comme les autres personnes. — Il se mord lui-même.

Attaque : 1° légère contracture du bras ; — 2° grands mouvements. Il fait mine de frapper et veut s'élancer sur moi ; un instant après, il profère des insultes grossières. Il boit avidement de l'eau qu'on lui présente, mais au moment d'avaler le sucre, il est atteint d'un spasme œsophagien. Puis il rit et cherche à imiter les marionnettes, qu'on fait passer sous ses yeux ; il répète plusieurs fois le mot « polichinelle » et pousse de grands éclats de rire. Il déchire ses vêtements, crache et donne des coups de tête.

Ici, survient une rémission de plusieurs minutes. Une nouvelle crise se déclare, l'enfant en me voyant écrire, dirige vers moi un regard féroce et me crache à la figure. A ce moment, il reconnaît son père à sa bague et l'embrasse ; il sourit à sa mère.

Les membres inférieurs sont fléchis et toute tentative d'extension provoquée détermine une douleur vive. Cris de rage, coups, sanglots, regard féroce ; déglutition des liquides rendue très difficile par le syasme œsophagien.

A ce moment, les marionnettes le mettent en rage, il crie, regarde sa mère d'un air furieux et fait mine de cracher sur elle. Puis il s'amuse de sa mère « qui lui fait coucou » en se cachant. Hallucinations de la vue. Chantonnement.

Surviennent tout à coup de nouveaux cris de fureur ; il montre le poing, fait le geste de frapper et se couche sur le ventre en insultant quiconque le touche. Il me jette un oreiller a la tête ; me fait signe qu'on lui a fait mal à la jambe.

Les zones hystérogènes se montrent beaucoup plus sensibles que dans l'intervalle des attaques. La douleur est particulièrement vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. Nouvelles exclamations grossières : il prononce ces mots : « Je te f... des coups de poing ». Il déchire un papier qu'on lui présente, puis rit à la vue des portraits qu'on met sous ses yeux et fait signe qu'il veut les embrasser. Nouvelles menaces avec le poing. Il semble souffrir alors qu'on lui maintient le cou-de-pied avec les mains.

Sous l'influence d'une aspersion d'eau froide, l'état d'agitation se calme un peu. Il entend ce qu'on lui dit, reconnaît son père à sa barbe et l'embrasse. Il veut se lever et s'en aller.

Nouvelle attaque : grand arc de cercle : à ce moment, pouls : 92. Réponses injurieuses ; il crache, s'amuse beaucoup des marionnettes. Violente colère contre un voisin qui est venu pour le maintenir.

Il veut atteindre le ciel du lit et pour cela fait un amas d'oreillers sur lesquels il veut monter : joue au cheval avec son père ; s'agace contre son ombre qu'il ne peut atteindre. Il chante à tue-tête et comprend ce qu'on lui dit ; on lui donne papier et crayon, et aussitôt il se met à écrire. Après il annonce qu'il sent sa boule descendre, et montre du doigt le trajet qu'elle suit jusqu'au milieu du ventre. Puis il se recouche et s'endort deux minutes après. La série est finie, elle a duré une heure et un quart. A son réveil, le malade ne se souvient nullement de ce qui s'est passé. On lui présente le papier sur lequel il a écrit, il ne le reconnaît pas. Il éprouve une sensation de brisement général avec céphalalgie.

A partir du 17 février jusqu'au 2 mars, date de la crise qui est rapportée plus haut, les attaques reviennent alternativement à midi et à sept heures du soir ; le 20, le 29 février et le 1er mars, elles ont lieu le soir vers sept heures. Les jours suivants, elles se succèdent à peu près avec les mêmes caractères, mais le moment de leur apparition varie régulièrement chaque jour avec environ une demi-heure d'avance sur celle du jour précédent. Une seule fois il a eu deux séries dans la même journée, dont l'une, dans l'après midi a été très courte. Il faut d'ordinaire deux ou trois personnes pour le maintenir.

La période de délire comprend deux phases : tantôt, il se met en colère, injurie, etc..., tantôt il chante, rit, cause avec un camarade imaginaire, lui dit qu'il est allé en ballon, etc.

10 mars. — Attaque à 4 heures du soir. Au début, on note un changement de physionomie, de la pâleur avec de petits mouvements spasmodiques de la face. Puis, surviennent la rigidité, les grands mouvements, l'arc de cercle. Le malade saute sur son lit et cherche à se glisser sous ses matelas.

L'insensibilité est très marquée à gauche, quoique incomplète ; de ce même côté, les réflexes sont moins accusés qu'à droite ; le mouvement giratoire se fait sur le côté gauche. Il existe un point très douloureux sous l'hypochondre droit. L'attaque cesse instantanément lorsqu'on souffle sur le visage du malade, pour reprendre quelques moments plus tard par les grands mouvements. L'attaque aujourd'hui dure deux heures. Survient une série de crises de deux à trois minutes chacune, dans lesquelles le phénomène prédominant est la rigidité, qui, dans les autres attaques, était tout à fait fugace.

13 mars. — L'attaque d'hier a eu lieu à 9 heures du soir, différente des précédentes en ce que le moment de son apparition s'est tourvé en retard au lieu d'avancer sur celui des journées précédentes. Traitement : quatre capsules de bromure de camphre du Dr Clin ; bains d'une demi heure ; gymnastique ; vin de quinquina ; dragées de protochlorure de fer.

14 mars. — A huit heures du soir, survient une crise unique de cinq minutes de durée. Il n'y a pas eu de convulsions cloniques ; l'enfant est resté raide quelques instants, puis a recouvré connaissance.

15 mars. — Pas d'attaque. Le sommeil est agité ; le malade se tourne constamment dans son lit, mais il n'y a ni délire, ni secousses convulsives.

16 mars. — Pas d'attaque. L'état général de l'enfant est excellent.

22 mars. — La semaine précédente, il y a eu une attaque deux jours de suite, avec une durée d'une heure. Pendant cette semaine

même, les crises ont reparu tous jours avec les mêmes caractères, mais ont été d'une durée variant de dix minutes à une heure.

16 avril. — Douches.

21 mai. — Les points hystérogènes paraissent un peu atténués et se montrent moins sensibles à la pression. Au niveau de la zone dorsale, la sensibilité à la chaleur paraît diminuée à droite.

1er décembre. — Pendant tout l'été jusqu'à ce jour, l'enfant a régulièrement pris des douches, d'abord une seule, puis deux par jour. Les attaques sont devenues beaucoup plus rares ; c'est ainsi que dans le mois de novembre, il n'y en a eu qu'une de trente minutes.

On note ce matin une hémianesthésie de la moitié droite du corps. Le chatouillement, la piqûre et la projection de l'eau froide ne sont pas perçus. L'examen s'étant prolongé, on constate que la sensibilité a en partie reparu, depuis l'épaule jusqu'à la fesse ; mais l'anesthésie persiste néanmoins à la face et au cou de ce côté. La sensibilité a reparu, surtout dans les points où on a produit une excitation énergique (piqûre, pincement, transfixion, etc.). Une heure et demie après l'examen, la sensibilite se montre plus nette sur les points où elle a reparu.

1881. — 25 avril. — La sensibilité est normale et égale des deux côtés ; l'enfant n'a pas eu de crises depuis le 13 décembre 1880. Il reprend les douches depuis deux jours.

13 octobre. — Les attaques ont complètement cessé. Le caractère s'améliore, bien que notre malade soit jaloux d'un de ses frères sans raison. De plus, il montre peu d'ardeur au travail. Les fonctions digestives sont normales ; de temps en temps, cependant, on est obligé de lutter contre la constipation par de légers minoratifs. Il y a deux semaines, on a craint le retour des attaques à la suite de deux nuits agitées avec rêves et cris de terreur qui jadis annonçaient les crises.

On continue le traitement par les douches administrées régulièrement, par la gymnastique, le fer et le vin de quinquina.

1882. — janvier-août. — L'enfant a pris ses douches jusqu'en

décembre. Il n'a pas eu d'attaques ; sa santé générale est très bonne. — Les attaques ont eu la marche suivante :

Mois	Dates	Durée des attaques
Mars	17	
—	18	
—	22	75 m. (en 1 série)
—	24	10 m. —
—	25	40 m. —
—	28	70 m. —
—	29	15 m. —
—	30	85 m. —
Avril	1	5 m. —
—	3	60 m. —
—	4	80 m. (en 2 séries)
—	5	95 m. —
—	6	90 m. —
—	7	125 m. —
—	8	1 5 m. —
—	9	100 m. —
—	10	90 m. —
—	11	110 m. —
—	12	75 m. (en 1 série)
—	13	65 m. —
—	14	95 m. —
—	17	110 m. —
—	18	70 m. (en 2 séries)
—	19	80 m. (en 1 série)
—	20	75 m. —
—	22	70 m. —
—	22	30 m. —
—	22	45 m. —
—	25-27	97 m. —
—	28	81 m. —
—	29	45 m. —
—	30	40 m. —
Mai	1-2	45 m. —
—	3	85 m. (en 3 séries)
—	4	40 m. —
—	5	50 m. (en 2 séries)
—	6	30 m. —
—	7	30 m. (en 1 série)
—	8	20 m. —
—	9	30 m. (en 1 série)
—	10	10 m. —
—	11	15 m. —
—	12	55 m. (en 4 séries)
—	14	70 m. (en 3 séries)
Mai	16	30 m. (en 1 série)
—	17	5 m. —
—	18	28 m. (en 2 séries)
—	19	105 m. (en 3 séries)
—	20	30 m. (en 2 séries)
—	21	28 m. —
—	22	33 m. —
—	23	10 m. (en 1 série)
—	23	18 m. (en 2 séries)
—	25	5 m. (en 1 série)
—	26	10 m —
Juin	2	5 m. —
—	3	10 m. —
—	4	35 m. —
—	5	48 m. (en 3 séries)
—	6	10 m. (en 1 série)
—	7	7 m. —
—	8	3 m. —
—	11	37 m. (en 4 séries)
—	18	45 m. (en 3 séries)
—	23	30 m. —
—	24	25 m. (en 2 séries)
—	26	35 m. —
—	28	20 m. (en 1 série)
—	29	20 m. (en 2 séries)
—	30	10 m. (en 1 série)
Juillet	1	10 m. —
—	1	42 m. (en 5 séries)
—	4	10 m. (en 1 série)
—	7	25 m. (en 2 séries)
—	9-10-12	10 m. (en 1 série)
—	15	22 m. (en 2 séries)
—	17-18-24	20 m. (en 1 série)
—	27	30 m. —
—	28	16 m. (en 2 séries)
—	29	10 m. (en 2 série)
—	30	35 m. —
Août	4	30 m. —
—	9	15 m. —
—	11	28 m. —
—	15	15 m. —
—	21	30 m. —
—	27	18 m. —
—	29	10 m. —
Septembre	5	25 m. (en 2 séries)
—	7-8	5 m. (en 1 série)
—	13	18 m. —
—	17	35 m. (en 2 séries)
—	23	30 m. (en 1 série)
—	26	10 m. —
Octobre	8	15 m. —
—	10	50 m. —
—	11	10 m. —
—	22	9 9 secondes
—	27	3 m. (en 1 série)
Novembre	26	30 m. —
Décembre	4	5 m. —
—	12	10 m. —
—	13	12 m. —
Janvier	»	»

Le malade a été revu le 24 août. Sa santé physique est bonne, il a grandi, la puberté s'accentue, son caractère est redevenu ce qu'il était autrefois, enfin il n'a pas eu de nouvelles attaques.

Observation XXVI

Antécédents névropathiques du côté du père. — Scrofule; séjour à Berck et à la Roche-Guyon. — Frayeurs, puis crises convulsives. — Entrée à Bicêtre (novembre 1879). — Hémianesthésie droite portant sur la sensibilité générale et spéciale; dychromatopsie. — Zones hystérogènes multiples. — Description générale des attaques: Prodromes. — Aura, convulsions présentant les trois périodes: épileptoïde, clonique et délirante de l'hystéro-épilepsie: attaques spontanées et provoquées, arrêt possible des attaques par la compression des zones hystérogènes. — Absence d'élévation de la température et intégrité de l'intelligence. — Coïncidence d'accès épileptiques. Transfert de l'hémianesthésie par les bracelets métalliques et les aimants. — Influence de la maladie sur le développement. — Guérison par l'hydrothérapie.

Lam. Alfred, âgé de 13 ans, est entré à la section des enfants épileptiques de Bicêtre (service de M. Bourneville) le 26 novembre 1879, pour des accès d'épilepsie.

Antécédents (*Renseignements fournis par le père et la mère. Décembre* 1879).

Père, 46 ans, musicien ambulant; devenu aveugle à l'âge de 8 ans à la suite d'une ophthalmie purulente, est entré aux Quinze-Vingts en 1874. Pas d'excès de boisson, ni de maladie de peau; blennorrhagie à 18 ans. Il est entré à Bicêtre comme aveugle en 1854 et est sorti parce qu'il s'ennuyait beaucoup. — Très nerveux, violent et méchant; chez lui on l'appelait « mitaine » par abréviation de « croquemitaine » et ses enfants en avaient peur; pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais maux de tête fréquents. Il aurait eu la fièvre typhoïde, un érysipèle et la teigne; intelligence moyenne (Père mort d'une hernie étranglée; pas d'excès). — Mère morte d'une attaque-

d'apoplexie en 7 à 8 heures. Pas de frères. — Trois sœurs dont une morte de peritonite puerpérale ; une autre (Lam. Eugénie) est morte à la Salpêtrière en 1879 (1).

La troisième est presque aveugle par suite d'ophthalmies ; elle n'a pas d'attaques de nerfs, mais elle est violente. Un oncle (Guillaume Lam., est depuis son enfance à l'asile de Dijon : il n'a jamais su se guider seul. Pas d'autres épileptiques ni de difformes, ni de suicides dans la famille).

Mère, 43 ans, fait des ménages depuis qu'elle n'a plus son mari à conduire ; peu intelligente, il faut la guider comme un enfant ; n'a pu rien apprendre à l'école. C'est son mari qui lui a appris à lire à peu près en lui faisant épeler les enseignes. Quand il l'a connue, un maçon avait déjà abusé d'elle et lui avait donné la maladie (?). Elle avait des boutons aux parties génitales et des pertes blanches, mais lui, serait toujours resté indemne ; elle aurait eu quelques douleurs névralgiques dans les mâchoires, mais pas de maladies de peau, d'adénites inguinales, de plaques muqueuses ni d'alopécie ; mariée à 18 ans (Père devenu aveugle à 61 ans par suite d'ophthalmie purulente. Sobre et doux, on l'appelait « le mouton » ; il habite les Quinze-Vingts). Pas d'aliénés, ni de difformes de ce côté.

Onze enfants : 1° garçon, 23 ans, marié, intelligent, n'a jamais eu de convulsions ; — 2° garçon, 17 ans, intelligent ; pas de convulsions. Coxalgie double à la suite d'une chute ; — 3° garçon, 15 ans, fièvre typhoïde à 3 ans, à la suite de laquelle il aurait gardé un strabisme, opéré avec succès par M. Fieuzal. Néanmoins, on n'a

1. Cette fille était devenue épileptique dans les circonstances suivantes : vers l'âge de 18 ans, comme elle s'était avisée de voler un sou à sa maîtresse, le fils de celle-ci tenta d'abuser d'elle, la menaçant de la dénoncer, si elle refusait de céder à ses désirs. Rentrée chez elle, le soir, elle était très préoccupée de cet incident, lorsqu'une voisine entra tout à coup dans la chambre, elle crut que c'était sa maîtresse et fut prise d'une violente frayeur ; néanmoins, elle n'eut pas encore d'accès ce jour-là ; mai 15 jours après, en se levant, elle eut un vertige.

jamais pu rien faire de cet enfant qui a été mis dans dix-huit apprentissages. Son esprit était porté au mal ; kléptomanie, violences, rixes avec ses camarades. On l'a envoyé pendant trois mois en correction aux Douaires, près de Gaillon, et il s'y est beaucoup amélioré : aujourd'hui, il travaille dans une imprimerie où l'on est content de lui ; — 4° notre malade.

5° et 6°. Filles jumelles, toutes deux atteintes à 2 ans d'une méningite à laquelle l'une a succombé ; l'autre, qui a aujourd'hui 5 ans est intelligente, mais s'est développée lentement. Tous les autres enfants (filles), sont morts au-dessous de deux ans, et n'auraient pas eu de convulsions.

Notre malade. — Grossesse bonne, accouchement facile à terme ; élevé au sein par sa mère jusqu'à 2 ans ; a marché à 19 mois et parlé d'assez bonne heure, a été propre à deux ans, mais jusqu'à 10 a eu fréquemment de l'incontinence nocturne d'urine. Impétigo du cuir chevelu ; adénites sous-maxillaires et cervicales pour lesquelles il a fait un séjour de 15 mois à Berck. Notons qu'il eut plusieurs fois à cette époque de grandes frayeurs la nuit. Les religieuses de l'établissement, pour empêcher les enfants de bavarder dans les dortoirs, y faisaient quelquefois passer un homme affublé d'un drap blanc simulant un fantôme. Ce renseignement fourni par l'enfant explique, comme nous le verrons plus tard, diverses paroles qu'il prononce pendant la phase du délire à la fin de ses attaques. Ophthalmies chroniques, il aurait été aveugle pendant 8 mois ; pas d'otites. Eczéma aux jambes depuis un an. Rougeole à 4 ans, mais pas d'autres fièvres éruptives ; pas de convulsions.

Cet enfant a toujours été très peureux ; il fallait toujours qu'on l'éclairât pour le faire coucher dans un cabinet contigu au logement de ses parents ; il rêvait fréquemment, parlait tout haut de ses camarades, de son patron (il est apprenti cartonnier) etc. Depuis environ deux ans, il se plaignait de temps en temps de douleurs dans le côté gauche du ventre. En même temps il devenait pâle, toutefois, il n'avait ni vertiges, ni pertes de connaissance. — Il a été envoyé de Sainte-Eugénie à la Roche-Guyon pour le traitement de son eczéma

des jambes, c'est de là qu'il écrivit pour la première fois à sa mère qu'il avait des crises nerveuses.

Pendant les mois de novembre et décembre 1879 il a eu quotidiennement trois attaques survenant ordinairement de 11 h. à 5 h. Le passage à la préfecture a été très pénible : l'enfant a eu grand'peur, ne comprenant pas pourquoi on le mettait en prison ; c'est là qu'il aurait eu sa plus longue crise, deux heures. Au dire du garçon qui l'a vu à ce moment, il ne prévient pas, se débat beaucoup, mais sans se blesser, et semble avoir des visions ; il parle de choses et d'autres, notamment d'une religieuse qu'il n'aime pas, parce qu'elle veut le mettre à la *couche* (punition qui consiste à laisser l'enfant 8 jours au lit). Les crises se terminent généralement par des pleurs. Pas de folie, les nuits sont calmes : l'intelligence ne paraît pas s'être modifiée. Pas de kléptomanie. Sentiments affectueux assez développés.

Examen physique. — Tête régulière, sans prédominance des parties postérieures ; front assez haut et large, oreilles bien conformées et symétriques. Rien de particulier du côté de la voûte palatine ni des arcades dentaires. Il n'existe pas d'asymétrie faciale appréciable. Lèvres un peu volumineuses, surtout la supérieure, qui est légèrement proéminente. Physionomie exprimant la douceur, le contraire en quelque sorte des facies des épileptiques.

Rien de spécial à noter du côté des appareils digestif, respiratoire, circulatoire et génito-urinaire. Tous les organes paraissent normaux et les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement.

Sensibilité. — L'état actuel de la sensibilité s'est modifié à plusieurs reprises, sous l'influence des attaques et des divers agents thérapeutiques employés.

A l'époque de la première exploration (27 janvier) on observa une hémianesthésie droite. Le surlendemain 29, après de nombreuses attaques, on constata que la fosse iliaque gauche présentait une sensibilité particulière à la pression, en même temps, qu'il existait une hémanalgésie gauche complète avec des plaques d'anesthésie disséminées du même côté. Ainsi, l'hémianesthésie s'était déplacée. A cette époque, la perception des couleurs était à peu près normale.

11 février. — A un nouvel examen, on constate une hémianesthésie droite : insensibilité au pincement, au chatouillement et au froid. Lorsqu'on explore la sensibilité avec une épingle sur l'abdomen, on voit que l'anesthesie dépasse un peu la ligne médiane du côté gauche en avant; en arrière, elle y reste exactement limitée. On constate, en outre des zones d'hyperesthésie dans les points suivants : 1° au niveau de la *cinquième apophyse épineuse dorsale*; la douleur à la pression est surtout marquée dans la gouttière vertébrale à gauche de l'apophyse plutôt que sur l'os même; 2° *au niveau des troisième et quatrième apophyses épineuses lombaires*; la douleur est là encore plus marquée dans la gouttière du côté gauche; 3° *dans la fosse iliaque gauche* vers le milieu d'une ligne qui joindrait l'ombilic au milieu de l'arcade crurale.

Du côté des organes des sens, on observe que l'ouïe est conservée des deux côtés, mais notablement diminuée à droite où il existe de la *dichromatopsie* pour certaines couleurs; ainsi pour le vert qui est vu noir et pour le rose clair que le malade prend pour le violet foncé. Les autres couleurs sont perçues normalement. La conjonction droite est sensible. Le goût est aboli du côté droit; l'anesthésie porte sur la moitié droite de la langue et de la muqueuse buccale. L'odorat est légèrement aboli à droite.

21 février. — On découvre une nouvelle zone d'hyperesthésie située *sur le crâne au niveau du bregma*; la moindre pression et même le simple frôlement des cheveux à ce niveau détermine les phénomènes de l'aura, puis une attaque présentant les caractères de l'attaque spontanée, telle qu'elle sera décrite ci-dessous. Nous avons pu ainsi en produire à plusieurs reprises et les arrêter à volonté en exerçant avec le doigt une forte compression sur la zone hystérogène (*clou hystérique*).

Cet etat de la sensibilité persista sans se modifier notablement jusqu'au mois d'août. Les derniers renseignements recueillis en juin sont les suivants : persistance de l'hémianesthesie droite comprenant les muqueuses; rien de nouveau du côté des organes des sens.

Zones hystérogènes. — *Zones iliaques* de la grandeur d'une pièce

de 5 fr. ; l'enfant dit que la pression en ces points lui produit une sensation d'oppression et de constriction au cou ; la zone du flanc gauche (côté sensible) présente la dimension d'une pièce de 5 fr. et est insensible ; *la rachialgie* persiste au niveau des quatrième et cinquième dorsales, mais son point maximum qui était dans la gouttière vertébrale gauche, est passé à droite de sorte qu'en ce point et d'ailleurs dans presque toute la hauteur de la colonne vertébrale, l'hémianesthésie droite n'arrive plus tout à fait jusqu'à la ligne médiane. Enfin, on constate deux nouvelles zones, d'environ un centimètre de diamètre et placées symétriquement de chaque côté, dans le *troisième espace intercostal*, au niveau d'une ligne verticale passant par le mamelon. Celle du côté droit, côté de l'hémianesthésie est insensible, au niveau des autres, la peau a conservé sa sensibilité. La pression sur un de ces poiuts détermine une douleur lancinante, s'irradiant transversalement vers le point symétrique.

Nous reviendrons plus loin sur l'état de la sensibilité en rendant compte des expériences que nous avons faites sur ce malade avec divers agents esthésiogènes, bracelets métalliques, aimants, hydrothérapie, etc.

Description des attaques. — Nous avons pu observer nous-même un assez grand nombre d'attaques spontanées et quelques attaques provoquées ; une note plus ou moins complète a été ajoutée chaque fois à l'observation. Il serait évidemment fastidieux de relater à la suite les unes des autres les descriptions d'attaques qui toutes peuvent être rapportées pour la marche à un type invariable et ne différant les unes des autres que par l'absence ou la prédominance de phénomènes d'importance secondaire et par la durée de diverses périodes, parfois très fugaces et presque insaisissables. Il nous a donc paru préférable, pour fixer les idées et éviter les redites, de présenter d'abord en un tableau général, sorte de synthèse de toutes les descriptions partielles, la description de ce que pourrait être une attaque complète. Nous pourrons ensuite rétablir l'ordre naturel des faits en donnant la relation de quelques attaques spontanées ou provoquées.

Prodromes et aura. — Les prodromes sont exceptionnels et l'en-

fant ne peut jamais dire plusieurs heures d'avance s'il va avoir une attaque, mais il lui est arrivé plusieurs fois d'être obsédé de cauchemars pendant la nuit et d'être réveillé à 5 heures du matin par une attaque. Le plus souvent, il est prévenu quelques secondes à l'avance par une aura qui consiste en une douleur assez violente, siégeant vers la tempe droite et s'accompagnant de sifflements dans les oreilles surtout à droite ; dans les premiers mois de sa maladie, l'enfant n'accusait pas d'autres phénomènes prémonitoires, ni troubles de la vue, ni laryngisme, ni constriction épigastrique ; c'est en janvier qu'il a mentionné pour la première fois la sensation d'une *boule* qui, se formant derrière le rebord des fausses côtes gauches, remonte jusqu'à la hauteur de la fourchette sternale où elle cause une grande oppression ; en même temps, la vue se brouille et l'enfant voit comme des flammes rouges, surtout de l'œil gauche ; de plus, il éprouverait une sensation de brûlure au niveau de la zone bregmatique. A ce moment, ses oreilles sifflent, les idées se troublent, il ne voit plus, et s'il est debout, il tombe tantôt en avant, tantôt en arrière ; il ne s'est jamais blessé dans ses chutes ; enfin, pendant la durée très courte de l'aura, il ne peut parler et n'a jamais le temps de prévenir.

Attaque. — 1° Elle débute invariablement par un état de rigidité générale, par du trismus, et par de petits mouvements convulsifs limités à la face ; les paupières clignent rapidement et il existe du nystagmus : dans d'autres cas, la face se dévie à droite et les yeux se trouvent dès le début convulsés en haut du même côté, quelquefois les pupilles sont un peu dilatées.

Quelques instants plus tard, la rigidité augmente, la tête se porte dans l'extension, les membres inférieurs sont étendus et rigides, les membres supérieurs en extension et pronation forcée se rapprochant de la ligne médiane. Les mains, déjà fermées, les pouces en dedans durant la phase précédente sont violemment contractées.

Bientôt les mouvements des paupières augmentent d'étendue, la face devient grimaçante, les commissures labiales sont à plusieurs reprises violemment attirées en arrière, puis les convulsions se propagent aux membres où elles sont ordinairement constituées par

quelques petites secousses tétaniformes d'un côté. Dès cette période de rigidité, nous avons quelquefois vu le malade présenter un opisthotonos assez marqué pour qu'on pût facilement passer la main entre la colonne lombaire et le plan du lit. Cette première période ne s'accompagne pas d'écume ni de stertor. La durée totale est d'une minute environ, puis elle est suivie d'un repos très court pendant lequel la rigidité persiste à un degré suffisant pour qu'on ne puisse que difficilement relever les bras qui restent appliqués le long du corps (*Période épileptoïde*).

2° *Période clonique* (*clownisme*). — Ensuite les grands mouvements commencent : ce sont d'abord des mouvements de moulinet exécutés par le bras à plusieurs reprises ; les poings brusquement portés au dessus de la tête vont frapper l'oreiller, puis sont reportés le long du corps. D'autres fois, le malade exécute rapidement une série de mouvements d'extension et de flexion du tronc et des jambes ; le tronc et la tête se redressent et s'inclinent en avant simultanément, les membres inférieurs sont fléchis et les genoux ramenés sous le menton ; puis, la tête violemment rejetée en arrière, va s'enfoncer dans l'oreiller en même temps que les membres inférieurs s'étendent et que les pieds vont frapper l'autre extrémité du lit secoué par cette agitation désordonnée. C'est à ce moment que l'on observe dans toutes les attaques un certain nombre d'arcs de cercle plus ou moins complets. La tête et les pieds reposent sur le lit, le corps se soulève en arc à une hauteur variable que nous avons trouvée une fois égale à $0^{m},40$ (1). Quelquefois, il arrive que le malade ne garde pas l'équilibre dans cette situation et tombe de côté sur le lit, mais sa position en arc de cercle n'en persiste pas moins ; elle peut durer jusqu'à 10 ou 15 secondes et se reproduire plusieurs fois avec des intervalles de grands mouvements.

3° *Période de délire*. — Enfin, le malade retombe définitivement sur le lit ; la rigidité a diminué, mais existe encore aux membres supérieurs. Tout à coup, L..., pousse des cris violents « non, non !.... »

1. La taille de l'enfant n'étant que de $1^{m},27$ centimètres, cette hauteur est proportionnellement considérable.

en même temps que sa physionomie exprime tour à tour la douleur, la joie ou la terreur ; les globes oculaires roulent dans les orbites, les lèvres sont agitées d'une sorte de frémissement, la respiration est fréquente et bruyante ; l'enfant gémit, pousse des cris de rage, se redresse, frappe le lit, puis retombe. Dans une autre attaque, il s'écrie : « Maman, je veux me tuer, » puis il cherche à se mordre, et un instant après : « Je le vois ! je le vois ! » et il fait le geste du doigt. Puis gémissement sourd et mâchonnement continuel entrecoupés de grands cris d'effroi. Une autre fois, il parle de son frère « qui veut le tuer avec une chaise » puis d'une religieuse qui a un grand voile blanc jeté sur la tête et veut lui faire peur (souvenir du fait de Beck). Pas de visions d'animaux. A cette période, l'enfant paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre ; à la fin, toute rigidité a disparu, la face est vultueuse.

Terminaison. — Lorsqu'il s'agit de la dernière attaque d'une série, le délire est suivi de quelques instants de calme, puis le malade ouvre les yeux, demande à boire et se plaint du mal de tête. La résolution musculaire est complète, il peut avaler quelques gorgées d'eau et comprend ce qu'on lui dit. Les pupilles sont légèrement dilatées. — T. R. 37°,2. Généralement, après ce premier réveil, le malade s'endort d'un sommeil très calme pendant environ un quart d'heure. Il se lève ensuite et peut aussitôt marcher sans ressentir autre chose que de la fatigue et quelquefois des sifflements dans les oreilles. Reprise deux ou trois heures après l'attaque, la température ne dépasse pas 37°,5. Lorsqu'il est tout à fait revenu à lui, l'enfant se souvient nettement de ses rêves et les raconte.

Tel est le tableau général des attaques présentées par notre malade. Il n'est pas besoin d'insister pour faire reconnaître dans les périodes que nous venons de décrire, les trois périodes épileptoïde, clonique, et délirante de la grande attaque hystérique chez la femme. Il nous faut maintenant montrer en quoi les diverses attaques observées se rapprochent ou diffèrent de la description précédente.

A. — *Attaques spontanées.* — 26 *janvier.* — Série d'attaques se succédant à environ une demi-minute d'intervalle : 1° elles débu-

tent par des convulsions de la face qui s'étendent bientôt au corps entier. Les bras sont ramenés près du tronc, les avant-bras fléchis, et sont presque aussitôt portés au-dessus de la tête pour exécuter un mouvement de moulinet; 2° ce mouvement précède immédiatement la position en arc de cercle. La compression successive des deux testicules, essayée à plusieurs reprises, n'a pas eu d'action immédiate sur les attaques; néanmoins elles ont cessé quelques instants après. Les yeux n'ont présenté aucune direction fixe; la durée totale de la série a été de trente-cinq minutes; 3° pas de délire.

27 *janvier*. — Début des attaques à une heure de l'après-midi.

Première période. — Chute, puis rigidité générale, surtout marquée aux membres supérieurs; nystagmus et clignement des paupières; pupilles un peu dilatées; pouls fréquent et dur. C'est ainsi qu'a débuté la première attaque de la série et le même état se représente dans les intervalles des attaques; l'enfant paraît alors comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne répond pas. Au moment où une nouvelle attaque commence, on voit les mouvements des globes oculaires et des paupières devenir plus étendus et plus rapides; si on veut écarter les paupières, on éprouve une assez grande résistance de la part de l'orbiculaire. Quelques instants après, le corps tout entier est en état de rigidité complète; les membres supérieurs sont allongés en extension et en pronation forcée, les mains fermées, pouces en dedans. Cet état de tétanisme généralisé dure environ une minute.

Deuxième période (*clownisme*). — Après un moment de calme, très court, commence une période de grands mouvements, pendant laquelle l'enfant agite ses membres d'une manière désordonnée et fait des bonds sur son lit; la langue pend au dehors de la bouche, mais elle n'est pas mordue.

Troisième période (*délire*). — Après ces contorsions, l'enfant exécute une série de grimaces exprimant la joie ou la terreur.

Bientôt commence une nouvelle attaque : de nouveau, les yeux sont agités, les lèvres et les ailes du nez animés de mouvements continuels; enfin les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible d'ouvrir la bouche. Ainsi, nous sommes ramenés à la première pé-

riode (rigidité, clignement des paupières, etc.) et une nouvelle période clonique ne tarde pas à se produire.

L'intervalle entre chaque attaque est ordinairement de 3 à 4 minutes. Cette série s'est terminée de la manière suivante : à la fin de la dernière attaque, l'enfant a ouvert les yeux, s'est plaint du mal de tête et a pu boire un peu d'eau qu'on lui offrait. Toute rigidité avait alors disparu, mais le pouls restait encore fréquent et dur. Pupilles un peu dilatées. T. R. à ce moment 37°,2. Après un quart d'heure de sommeil calme, il s'est réveillé définitivement et s'est levé ne se plaignant plus que de quelques sifflements d'oreilles. Soir : T. R. 37°2.

29 *janvier*. — Attaques au moment de la visite, rigidité générale. Membres inférieurs et supérieurs dans l'extension et un peu dans l'abduction. La tête est dans l'extension forcée. Paupières closes ; si on les écarte, on voit les globes oculaires dirigés en haut et un peu à droite. A un moment donné, la rigidité augmente, la face se porte vers la droite, les lèvres sont comme pincées, les mâchoires plus serrées, les bras, tout en restant dans l'extension, se rapprochent de l'axe du corps, les mains continuent à rester fermées les pouces en dedans. Au bout de quelques secondes, surviennent des grimaces de la face, des mouvements rapides des paupières, puis quelques petites secousses dans les membres. Il n'y a pas d'écume ni de stertor.

Ainsi se trouve constituée la *période épileptoïde* qui est suivie d'un repos très court.

2° *Période clonique*. — Caractérisée par de grands mouvements dans lesquels le malade bat le lit : mouvements violents et rapides de flexion et d'extension du tronc et des membres inférieurs. Repos. La figure de l'enfant devient souriante.

— Dans une autre attaque avec période épileptoïde suivie également d'une période clonique à grands mouvements, l'enfant exécute une série d'arcs de cercle dans lesquels le tronc est soutenu en avant à une hauteur d'au moins 0m,40 cent. au-dessus du plan du lit et reste quelques secondes dans cette position.

— Dans d'autres attaques, la période de délire est très nettement indiquée : la physionomie exprime la douleur : cris de rage, d'effroi,

mâchonnement ; respiration accélérée. Attitudes passionnelles variées ; gestes, hallucinations, interpellations et paroles entrecoupées.

Ces quelques citations, tirées textuellement des notes recueillies au moment même des attaques, suffiraient à en montrer le caractère ; toutefois nous rapportons encore, pour compléter cette description, la relation de deux attaques provoquées.

21 février. — Une attaque est produite involontairement en portant la main sur la tête de l'enfant pour explorer la zone d'hyperesthésie située au niveau du bregma ; à peine les doigts ont-ils frôlé les cheveux en ce point, qu'un état de rigidité générale se produit instantanément. La chute est prévenue et l'enfant porté sur le lit. On observe alors des battements des paupières et un état singulier de la langue qui exécute une série de mouvements de va et vient d'avant en arrière et finit par se contracturer dans la rétraction, la pointe touchant le palais et dirigée en arrière, quelques mouvements cloniques et des arcs de cercle se produisent ensuite, puis le calme se produit et tout se borne à une seule attaque. Il n'y a pas eu de période de délire.

Une autre attaque produite dans les mêmes conditions a pu être arrêtée par la compression énergique de la zone bregmatique (clou hystérique).

Après ces attaques, lorsque l'enfant est revenu à lui, il rend parfaitement compte de ce qu'il a ressenti au moment où la zone hystérogène a été excitée ; il décrit alors les irradiations douloureuses, la sensation de boule et les autres phénomènes prodromiques sur lesquels nous avons insisté dans notre description générale.

Comme on le voit, les attaques provoquées ne diffèrent en rien d'esssentiel des attaques spontanées.

Il nous reste à parler de la marche qu'ont suivie ces attaques et de l'épilepsie dont le malade était, croyons-nous, atteint concurremment. La durée des séries est très variable et oscille entre une demi-heure et trois heures, selon le nombre des attaques, qui peut aller jusqu'à 20 et plus. Elles ont été surtout fréquentes dans les mois de janvier et février. A cette époque, l'enfant ne passait guère deux ou trois jours

sans attaque. Peu à peu, elles ont diminué de fréquence, vraisemblablement sous l'influence des divers moyens thérapeutiques employés contre l'hémianesthésie. Depuis que celle-ci a disparu définitivement (2 septembre), aucune attaque ne s'est produite.

Quant aux attaques, voici la marche qu'elles auraient suivie depuis l'entrée à Bicêtre, d'après le contrôle journalier exercé par les infirmiers de service, selon la coutume de l'établissement.

Novembre 1879	20 attaques.
Décembre —	19 —
Janvier 1880.	128 —
Février	114 —
Mars	71 —
Avril	66 —
Mai.	28 —
Juin	50 —
Juillet.	36 —
Août	0 —
Septembre et octobre	0 —

Traitement. — L'enfant a été envoyé, dès son arrivée, à la gymnastique, dont il a régulièrement suivi les exercices. Aucun traitement interne n'a été suivi au début. On s'est contenté, en fait de médicaments, d'employer, à diverses reprises, le nitrate d'amyle pour faire cesser les attaques, et ce moyen a quelquefois réussi. C'est seulement au mois de juin qu'a été commencé l'usage des agents esthésiogènes.

10 juin. — *Hémianesthésie droite.* On applique à dix heures du matin un bracelet formé de plaques de cuivre sur la jambe droite au niveau du mollet, et un second bracelet formé de plaques de zinc sur l'avant-bras droit. Au bout d'un quart d'heure d'application, la sensibilité revient dans toute l'étendue du côté droit, mais inégalement ; elle est très marquée au-dessous et autour des plaques métalliques, au pied, au tronc et à la tête, les piqûres sont nettement senties mais à un degré moindre. La sensibilité au froid est très marquée dans tout ce côté. Du côté gauche, la sensibilité persiste, bien qu'un peu diminuée ; les réflexes produits par le chatouillement de la plante

du pied sont aussi beaucoup moins intenses qu'à droite ; en somme, le transfert est resté incomplet. Les bracelets métalliques ayant été enlevés après cette constatation (10 h. 15 m.), on note à 10 h. 22 que la sensibilité est retournée à son état primitif ; le côté droit est de nouveau absolument insensible, même à une transfixion de la peau au niveau de la cuisse. A 10 h. 37, c'est-à-dire un quart d'heure après, aucun phénomène nouveau n'est survenu ; la sensibilité reste intacte à gauche, abolie à droite. Les zones hystérogènes n'ont paru subir aucune modification pendant l'expérience. Aucune oscillation ne s'est produite dans le transfert. — Cette expérience a été répétée, mais l'hémianesthésie est encore revenue à droite dès qu'on a retiré les plaques de zinc ou de cuivre.

12 juin. — *Hémianesthésie droite* complète. Les pôles d'un aimant en fer à cheval de grande dimension sont appliqués sur la partie externe de la cuisse droite à 10 h. 13 du matin ; à 10 h. 18 les piqures d'épingle commencent à être perçues aux environs de l'aimant tandis que la sensibilité devient obtuse du côté gauche ; à 10 h. 30 le transfert est produit : *hémianesthésie gauche* complète. La transfixion de la peau par une épingle, pratiquée en plusieurs points, ne détermine non seulement aucune douleur mais même aucune sensation, les yeux du malade étant tenus fermés. A la longue, la sensibilité a également passé de gauche à droite. Mêmes remarques pour la sensibilité à la température. L'aimant était alors retiré (10 h. 32), on constate dès 10 h. 35 que la sensibilité commence à devenir obtuse du côté droit : quelques minutes plus tard, l'hémianesthésie y est revenue et l'enfant se plaint des piqûres qu'on lui a faites à la cuisse gauche pendant qu'elle était insensible.

Les troubles dans la vision des couleurs n'ont pas été recherchés parce qu'il n'existait pas de dyschromatpsie bien nette avant l'expérience.

Diverses tentatives ont été faites pour produire le sommeil hypnotique par la fixation du regard, mais malgré une grande persistance dans la durée des expériences toutes sont restées infructueuses.

De nouvelles applications d'aimant ayant été faites sans amener de

modifications durables dans l'état de la sensibilité, l'enfant fut envoyé tous les matins à la douche à partir du 1er août ; c'est vraisemblablement à l'influence de l'hydrothérapie qu'il faut attribuer la disparition définitive de l'hémianesthésie qui fut constatée le 2 septembre. Ainsi qu'on peut le voir dans le tableau que nous avons rapporté plus haut, il n'y a pas eu traces d'attaques depuis le début de ce traitement. Toutes les zones hystérogènes ont disparu et on peut maintenant comprimer de toute sa force la zone bregmatique sans déterminer aucune sensation anormale. Les couleurs sont exactement perçues des deux côtés.

L'enfant n'ayant eu aucune attaque en août, septembre ni octobre, quitte Bicêtre le 20 de ce mois en parfaite santé. Pendant son séjour (nov. 1879 à oct. 1880) il a grandi de 0m03 cent. (1m27 à 1m30) et son poids a augmenté de 300 gr. D'après les tables de Quetelet (anthropométrie, p. 171 et 418), l'accroissement de taille physiologique à cet âge serait d'environ 46 millimètres et l'accroissement de poids de 4 kilogr. par an (*Ann. d'hygiène publique*. Paris 1833. Tom. IX p. 12). La maladie paraît donc avoir exercé une influence assez fâcheuse sur la nutrition générale et le développement (1).

PHYSYOLOGIE PATHOLOGIQUE.

La physiologie pathologique de l'hystérie était restée jusqu'à présent un mystère impénétrable pour tous. Dans une thèse récente sur l'hystérie chez l'homme M. Emile Batault, s'inspirant des idées de Hautrel sur la psychologie cellulaire, a proposé une théorie ingénieuse, basée sur un

1. Le malade a été revu en mai 1882. Il n'a pas eu de nouvelles attaques, sasanté estexcellente.

principe de mécanique générale : la conservation et la communication du mouvement.

Nous allons essayer de résumer aussi clairement que possible les idées de M. Batault sur la Physiologie pathologique de l'hystérie, car les considérations dont il fait l'exposé s'appliquent aussi bien à la pathologie de l'hystérie infantile qu'à celle de l'adulte. L'essence de la maladie ne peut varier, elle est toujours la même, quel que soit le terrain dans lequel elle ait fait élection.

L'auteur de la thèse ne pense pas tout d'abord que l'on puisse un jour, même avec les instruments grossissants les plus perfectionnés, arriver à découvrir une lésion matérielle, venant expliquer la symptomatologie si variée de l'hystérie. S'il y a une lésion, c'est une lésion dynamique, purement fonctionnelle des cellules cérébrales et pour la chercher, il étudie d'abord la physiologie normale de la cellule.

Pour aller du simple au composé, il prend la cellule la plus élémentaire, la monère. Qu'est-ce qui différencie cet être vivant, d'un fragment de quartz, par exemple ? C'est son mode d'accroissement qui se fait par nutrition chez l'être vivant, par simple juxtaposition dans le minéral. De plus, le premier suit, réagit, se reproduit par scissiparité.

Mais il y a plus. Si on considère une molécule de la monère, on voit qu'elle est animée de mouvements qui lui permettent de s'approcher ou de s'éloigner de ses viosines. Ces molécules vivantes, Hæchel les appelle des *plastidules* et il nomme *periginese* le mouvement rhythmique des molécules.

Transportant ces données dans la physiologie cérébrale, M. Batault, s'appuyant sur les noms d'Hartley, d'Herbert

spencer, suppose que c'est à des vibrations semblables, se passant dans les cellules cérébrales, qu'est dû le mécanisme de l'état mental ; et cette base physiologique posée ,il entre dans le domaine de la pathologie. Nous lui laissons la parole.

« Les cellules nerveuses sont les éléments les plus nobles de l'économie, ce sont les travailleurs intellectuels de la grande république cellulaire qui constitue l'être humain, ceux qui, par suite des différenciations successives sont arrivés aux plus hautes fonctions. C'est là aussi que la matière a atteint ce degré de perfection incroyable, qu'on lui refuse souvent parce qu'il dépasse notre compréhension plus que partout ailleurs. Et pourtant, nous ne comprenons pas mieux la vie d'un amibe que le fonctionnement d'une cellule cérébrale. Comment s'est produite la première vibration plastidulaire ? La réponse révélerait le grand secret du processus vital.

Ces unités pensantes. par suite du rôle supérieur qui leur est dévolu, sont devenues plus délicates que toutes les autres ; il suffit d'une cause minime pour les troubler. Le chronomètre le plus exact n'est-il pas plus susceptible de se déranger qu'une montre grossière de métal blanc? Les vibrations des plastidules doivent avoir atteint chez elle une complexité énorme, et la moindre différence quantitative ou qualitative de leurs ondulations aura comme conséquence des perturbations considérables. »

« Le rhythme anormal de ces mouvements plastidulaires dans les différents territoires de l'encéphale, peut expliquer, croyons-nous, les multiples phénomènes de l'hystérie. »

Examinant alors le mécanisme de cette physiologie, l'auteur fait remarquer qu'entre une cellule auditive et une autre du centre de la vision, la morphologie, même aidée du microscope le plus puissant, ne nous montre aucune différence. Que de divergences cependant au point de vue fonctionnel ! C'est à des différences dans les rhythmes vibratoires de ces deux cellules qu'est due leur divergence fonctionnelle. De même entre la cellule cérébrale d'un sujet sain et celle d'un hystérique. Le rhythme des vibrations plastidulaires n'est pas le même dans le premier cas que dans le second, et de même que cette différence amenait entre la cellule auditive et la cellule visuelle des modes divers de réaction, de même le sujet sain et l'hytérique auront chacun leur sensibilité spéciale, leur originalité. Et comme ce phénomène primordial, partout identique dans son essence, avait comme conséquence, les effets si variés qui séparent l'une de l'autre les deux cellules auditive et visuelle, il n'est pas illogique d'admettre qu'il aura pour conséquence chez les deux sujets que nous envisagions plus haut, les troubles si divers que font la symptomatologie de l'hystérie si riche.

Quelle est maintenant, la cause de cette anomalie de rhythmes chez les malades ? Telle est la seconde question que se pose M. Batault,

Hæchel disait : « L'hérédite est la mémoire des plastidules, la variabilité est la réaplénite des plastidules. La première produit la stabilité, la seconde, la variété des formes organisées. Dans les formes très simples, les plastidules n'ont, si j'ose le dire « rien appris ni rien oublié » Dans les formes organiques très développées et très variables, ces plastidules « ont beaucoup appris et beaucoup oublié. »

C'est donc à l'hérédité et à l'adaptation qu'il faut demander la cause de cette variabilité des mouvements plastidulaires.

L'hérédité, par suite de la sélection naturelle ou plutôt souvent artificielle, mais involontaire, inconsciente, du mariage social, doit entrer en première ligne.

Quant à l'adaptation, elle dépend surtout des maladies générales qui changent la nutrition, par suite la composition originelle des plastidules, et en dernier ressort et comme conséquence finale leur mouvement rhythmique qui est en relation directe avec cette composition première.

En résumé, d'après M. Bertault, la névrose hystérique est une modification pathologique de vibrations plastidulaires des cellules du système nerveux central ; elle est soumise comme elles aux lois du darwinisme, et conséquemment, elle lutte pour l'existence par tous les moyens qui sont en son pouvoir. Et l'auteur conclut : « la cause morbide de l'hystérie appartient à ce physio-pathologie plastidulaire. »

Nous avons tenu à exposer les idées de M. Batault parce qu'elles nous paraissent constituer une hypothèse très admissible pour expliquer la symptomatologie si variée de l'hystérie, en l'absence de toute vérification anatomique, constante jusqu'aujourd'hui. Cette hypothèse a de plus l'avantage de rentrer tout à fait dans les idées des philosophes modernes, qui s'occupent du mécanisme du fonctionnement cérébral. Herbert Spencer, dans ses Principes de psychologie, analyse les conditions essentielles de fonctionnement du système nerveux et parle d'ondulations.

Une objection qu'on pourrait faire à cette théorie est la suivante : si les maladies générales influençant la nutrition

modifient la vibration plastidulaire, comment se fait-il que la nutrition elle-même apportant sans cesse de nouveaux matériaux ne change pas le rhythme vibratoire par la rapidité excessive de ces échanges? Et alors s'il en est ainsi, comment expliquer le fonctionnement normal de la cellule cérébrale que vous nous dites incompatible avec un changement perpétuel dans le mode de vibration des plastidules?

Nous trouvons dans un livre de Meurdelay (*Physiologie de l'esprit*) très curieux et très instructif la réponse à cette objection. « La nutrition n'est pas une simple réparation; une simple intégration; c'est une » réintégration : la substance est restaurée d'une façon spéciale s'il y a eu auparavant une modification spéciale, ce qui fait que la modalité qui s'est produite est pour ainsi dire incorporée ou incarnée dans la structure de l'encéphale. — Du reste J. Paget dans ses « lectures on surgical Pathology », traitant précisément de cette modification indélébile que les maladies infectieuses impriment aux tissus vivants écrit : « Comment peut-on supposer que le cerveau soit l'organe de la mémoire s'il change toujours? Comment ce changement instructif de toute la molécule du cerveau ne détruit-il pas toute la mémoire? Parce que dans le processus nutritif. l'animélation se fait d'une manière parfaitement exacte. L'effet produit par une impression sur le cerveau (que ce soit une perception ou un acte intellectuel) y est fixé et retenu parce que la partie, quelle qu'elle soit, qui a été changée par cette impression est exactement représentée par la partie qui lui succède dans le cours de la nutrition. »

Voilà pourquoi les échanges nutritifs ne modifient pas le

rhythme vibratoire des plastidules, tandis que les causes qui modifient cette nutrition modifient du même coup ces vibrations.

En résumé, cette théorie ingénieuse reposant sur les vibrations plastidulaires n'est pas inadmissible. Elle a au moins le mérite d'expliquer, d'une façon suffisamment plausible la symptomatologie à laquelle elle s'adresse. Attendons de l'avenir de nouvelles confirmations, mais gardons-la en attendant. Les hypothèses, a dit Dumas, sont les béquilles dont se servent les savants : ils les jettent dès qu'ils peuvent marcher seuls. » Or, dans le domaine de l'anatomie pathologique des névroses, nous ne savons pas encore marcher seuls : conservons donc les hypothèses, nous les jetterons le jour où un chercheur perspicace nous aura appris à nous en passer en nous montrant, les preuves en main, les lésions matérielles ou fonctionnelles de l'hystérie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hystérie chez l'enfant n'est généralement pas très difficile : en revanche, il est d'une importance capitale, car nous l'avons dit, plus tôt le traitement sera institué, plus il aura de chance de réussir.

La première recherche à faire, en présence d'un enfant qu'on soupçonne d'hystérie, que ce soit un garçon ou une

petite fille, c'est celle qui porte sur ses antécédents héréditaires.

Nous avons insisté au début de cette étude sur l'influence capitale de l'hérédité. C'est ici qu'il faut mettre ces données à profit. Toute la vie pathologique des ascendants et des collatéraux sera fouillée avec soin ; on y trouvera des éléments puissants et sûrs pour guider le reste des recherches.

On interrogera ensuite l'émotivité de l'enfant, on considérera attentivement son habitus extérieur, sa façon de se présenter, de répondre, sa tendance aux larmes ou aux rires.

On cherchera à savoir par ses parents, par son entourage quel est son caractère, comment il vit chez lui, quels sont ses rapports avec ses frères, ses sœurs, ses camarades. Le praticien doit toujours avoir devant les yeux toute la série des troubles affectifs que comporte l'hystérie infantile, il devra les rechercher chez son petit malade.

On procédera ensuite à l'examen physique. Les troubles de sensibilité, anesthésie, hypéresthésie seront minutieusement recherchés ; les régions où siègent d'ordinaire les points hystérogènes seront interrogées avec soin. Les sensibilités spéciales ne seront pas oubliées et l'œil sera l'objet d'un examen attentif. Le malade voit-il bien clair ? Comment voit-il les couleurs ? A-t-il de l'achromatopsie, de la dyschromatopsie ? Quel est le résultat de l'examen du champ visuel ? Toutes ces questions sont capitales, la dernière surtout.

S'il y a des troubles de motilité, des contractures, ou des paralysies, il y est très important de déterminer leur

nature, car de la solution de ce problème va dépendre le pronostic souvent bien différent dans un cas ou dans l'autre. On s'informera alors du mode d'invasion de ces contractures ou paralysies. On recherchera les troubles de sensibilité. S'il en existe, on verra quelle est l'influence de l'aimant, des agents esthésiogènes sur le trouble moteur. On interrogera les réflexes. Dans les cas de contracture, de fausse coxalgie, le chloroforme pourra rendre de grands services.

D'une façon générale, on groupera tous ces symptômes recueillis par l'examen, et on aura toujours présent à l'esprit que l'hystérie peut simuler symptomatiquement toutes les affections possibles, et que, en l'absence des attaques les meilleurs signes sont les désordres mentaux, les troubles de sensibilité et les résultats de l'examen fonctionnel de l'œil.

Certaines paralysies hystériques s'accompagnent d'atrophies musculaires. Il faut être prévenu de cette complication pour ne pas les confondre avec la paralysie infantile. Mais l'absence de fièvre dans le cas d'hystérie, l'apparition en quelques minutes de la paralysie, les troubles de sensibilité qui l'accompagnent le plus souvent et le groupement des autres symptômes que l'examen physique aura révélés suffiront presque toujours à faire la distinction.

Lorsqu'il y a des attaques, le diagnostic est plus facile, mais il y a là un point très important, c'est la recherche de la nature de l'attaque. Est-ce une attaque d'épilepsie, est-ce une attaque d'hystérie ?

Si nous supposons, bien entendu que l'examen physi-

que a été fait, nous ne nous occupons que de l'attaque en elle-même.

Si c'est une attaque d'hystérie dans laquelle la première période seule évolue à l'exclusion des autres, le diagnostic est délicat, car le tableau symptomatique peut être identiquement le même pendant l'attaque d'hystérie et pendant l'accès d'épilepsie. Heureusement, il y a des signes distinctifs. Au bout de quelques accès, la température monte chez l'épileptique, elle reste toujours normale chez l'hytérique. C'est là un caractère excellent pour poser le diagnostic. Il y en a d'autres.

On pourra, le plus souvent, arrêter la crise d'hystérie en exerçant une pression sur les régions où siègent d'ordinaire les points hystérogènes. A défaut d'arrêt, il peut se produire une suspension momentanée dans la crise, une exclamation de douleur poussée par l'enfant. On n'observe jamais rien de pareil chez les épileptiques.

La crise terminée, l'hystérique reprend vite possession de lui-même, il ne ressent pas une fatigue bien considérable. L'épileptique est terrassé au moral comme au physique, il reste sombre, hébété pendant très longtemps, se plaint de courbature, ne retrouve, en un mot son équilibre, que bien longtemps après la fin de son accès.

Si dans le cours de la crise il y a une phase de grands mouvements si surtout le malade fait l'arc de cercle, ou bien s'il y a une phase d'attitudes passionnelles, le doute n'est plus permis, on est en présence d'attaques d'hystérie.

M. Charcot a signalé un moyen excellent de diagnostic. On donne le bromure de potassium à doses progressivement croissantes et on note soigneusement le nombre des

crises. Si, sous l'influence de la médication bromurée, le nombre de celles-ci diminue, le malade a de grandes chances d'être un épileptique, le bromure restant sans action sur les crises d'hystérie.

Rappelons enfin que les deux névroses, hystérie et épilepsie, peuvent se rencontrer simultanément, évoluant chacune de leur côté sur le même sujet. C'est l'hystéro-épilepsie à crises séparées.

En résumé, l'hystérie peut être assez facilement diagnostiquée chez l'enfant. Il suffit pour cela d'observer scrupuleusement, sans parti pris, sans idées préconçues, sans théories faites d'avance. Il est temps de faire table rase des préjugés qui ont si longtemps égaré le pathologiste. Il faut chercher la vérité et savoir la reconnaître là où elle existe.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hystérie infantile est moins sombre que celui de l'hystérie chez l'adulte : il faut cependant faire une réserve à cette proposition. Pour qu'elle soit vraie, il faut que l'hystérie soit traitée chez l'enfant. Chez lui, en effet, les moyens thérapeutiques ont plus de chance de réussir que chez l'adulte, la maladie n'étant pas encore assez ancienne pour avoir eu le temps de se cantonner et d'étendre, dans tout l'organisme, des racines bien profondes.

Briquet avait déjà fait remarquer que l'hystérie qui dé-

butait dès le bas âge durait toute la vie, à moins qu'au moment de la puberté ou du mariage, il ne se produise un changement favorable. Ce changement, croyons-nous, sera bien problématique si c'est sur le mariage que l'on compte pour le produire.

La jeune fille hystérique que la névrose a accompagnée depuis son enfance, a bien peu de chances d'en être abandonnée après le mariage et l'homme qui l'épouserait, confiant dans ce moyen thérapeutique pour amener une guérison jusque là rebelle, risquerait fort de ne récolter que l'inquiétude et le chagrin. « Malheur au mari d'une hystérique! » a-t-on dit « Malheur à qui veut épouser une hystérique! » pourrait-on ajouter. Mais ce que le mariage ne fait pas, la puberté, aidée d'une saine thérapeutique le fait souvent, aussi croyons-nous qu'il faut s'attacher avec le plus grand soin à soigner les enfants hystériques ; très souvent, à la suite d'un traitement bien suivi et bien dirigé, on verra les accidents quitter l'enfant au seuil de l'adolescence, lui permettre de remplir ensuite son rôle dans la vie et de se rendre utile à la société. Si, au contraire, le jeune hystérique est abandonné à lui-même, s'il franchit l'âge de la puberté avec son triste cortège d'accidents, bien rude sera la tâche du médecin et des parents qui devront l'en débarrasser par l'impossibilité où se trouvera désormais le malade de vivre de la vie commune. L'hystérie que l'on n'aurait pas pu voir et traiter chez l'enfant sémera dans les familles le désordre et l'inquiétude : dans les ménages, la désunion, la femme sera inapte à remplir ses fonctions de mère ou d'épouse, la jeune fille se sera créé une situation particulièrement critique. Quant à l'homme, il faut qu'il

renonce le plus souvent à la vie active et laborieuse qui est son apanage dans la société et s'il reste inactif, ou la misère survient, ou, l'imagination travaillant, le malheureux devient vite un isolé, que son caractère force à vivre à l'écart de ses semblables.

On voit quelle est l'importance d'un diagnostic fait de bonne heure. C'est de là que dépend, on peut le dire, non seulement l'avenir pathologique de l'enfant, mais son avenir dans le monde et dans la société. Attaquée de bonne heure l'hystérie pourra céder. La puberté passée, elle pourra encore disparaître, mais ce sera aux prix d'efforts bien plus rudes, bien plus longs surtout.

Quoi qu'il en soit, la maladie ne menace pas directement la vie de l'enfant. On en fait généralement moins une maladie dangereuse qu'une affection désagréable. Dangereuse ! à la vérité elle l'est rarement. Désagréable ! soit s'il s'agit de ce nervosisme léger qui n'entraîne après lui aucune conséquence. Mais quand l'affection atteint des proportions plus considérables, elle est des plus sérieuses, car derrière le nervosisme de l'enfant. il faut voir l'hystérie de la jeune fille, de la femme et de l'homme adulte et alors ce n'est plus seulement une maladie désagréable, c'est une affection toujours digne d'attirer l'attention du médecin et souvent une affection grave.

TRAITEMENT

Nous serons bref sur le thérapeutique de l'hystérie infantile, celle-ci ne comportant rien de spécial. Les traitements préparés pour les adultes sont applicables aux enfants. Voici les principaux.

Le mode d'éducation et l'isolement, d'une part.

D'une façon générale, l'éducation doit être dirigée de telle façon qu'elle fortifie l'intelligence plutôt qu'elle ne suscite les passions. Il faut éviter avec le plus grand soin, l'éclosion d'un sentimentalisme exagéré. Les lectures, les distractions et les spectacles qui sont de nature à produire des émotions et à faciliter cette exagération de l'affectivité à laquelle ces enfants, nés de parents nerveux, ont une si fâcheuse propension seront sévèrement proscrits. En revanche, tous les exercices du corps, gymnastique, équitation, escrime, natation seront recommandés. Il faut fatiguer le physique de ces enfants, si l'on ne veut que la « folle du logis » ne prenne le dessus.

La contagion doit toujours être présente à l'esprit, et pour un enfant prédisposé à l'hystérie, rien n'est pernicieux comme le voisinage d'autres hystériques.

Quant à l'isolement, c'est un des plus puissants moyens de la thérapeutique infantile, et lorsque les moyens ordinaires n'ont pas réussi il ne faut pas hésiter à imposer aux parents une séparation qni seule peut désormais sauver l'enfant des terribles conséquences de sa maladie. Le petit

malade sera alors placé, soit dans un hôpital, soit plutôt dans un iustitut hydrothérapique où il ne verra pas sa famille ou le plus rarement possible, et lorsqu'à l'isolement on aura joint quelques pratiques de thérapeutique régulières et sévères on verra peu à peu les symptômes s'amender pour disparaître enfin.

Les soins complémentaires sont l'électricité, et de préférence, l'électricité statique et l'hydrothérapie consistant en douches froides administrées matin et soir d'abord, puis une fois par jour, le tout accompagné d'exercices gymnastiques, en un mot, de tout ce qui peut fatiguer l'enfant, lui faire oublier son mal, distraire sa pensée des idées fixes, des préoccupations constantes qui le hantent le plus souvent.

Epidémies d'hystérie infantile

Avant de quitter définitivement l'étude de l'hystérie infantile, il n'est pas sans intérêt de remarquer que parmi les nombreux points de contact qui la rapprochent de l'hystérie des adultes, il en est un que l'on a peu signalé et qui a cependant son importance. Nous voulons parler de son épidémicité. On connaît l'histoire des épidémies de possédées du moyen âge. Voici, de même, quelques cas d'épidémies d'hystérie infantile que nous empruntons au chapitre « de l'Hystérie dans l'histoire » du livre de M. P. Richer.

HYSTÉRO-DEMONOPATHIE DE MORZINÉS

1861

Perronne T..., âgée de dix ans, devait faire prochainement sa première communion, elle ne parlait que de son bonheur ; un jour, en sortant de l'église où elle venait de se confesser, c'était le 14 mars 1857, elle vit retirer de la rivière une petite fille qui avait failli se noyer. Quelques heures après, elle tombe comme morte ; on la rapporte chez elle et cet état dure plusieurs heures.

Elle éprouva quelques jours après les mêmes accidents qui se repétèrent de temps en temps dans la suite.

Vers le commencement de mai, Marie X..., du même âge que Perronne T..., étant allée garder les chèvres avec elle, celle-ci tomba de son mal ordinaire. Marie tomba dans le même état. On les trouva étendues par terre, serrées l'une contre l'autre et on les transporta sans qu'elles parurent s'en apercevoir.

Après une heure environ, Marie se réveilla, demanda du pain, mais elle ne put manger.

Le lendemain elles retournèrent toutes deux faire paître les chèvres et furent encore prises du même accident.

A partir de cette époque, le mal les prit toutes deux cinq à six fois par jour, mais ce ne fut plus de la même manière.

Il survint des hallucinations et les crises semblèrent un lambeau de la grande attaque hysterique, détaché de la période des attitudes passionnelles. Le souvenir des hallucinations persistait après la crise, et des visions d'animaux (serpents) en marquaient la fin.

« Elle restaient immobiles, dit le père de Marie, tournaient les yeux vers le ciel, puis tendaient les bras en haut, avaient l'air de recevoir quelque chose, faisaient les mouvements de quelqu'un qui ouvre et lit une lettre. Cette prétendue lettre paraissait, tantôt leur faire un grand plaisir, tantôt leur inspirer un profond dégoût. Après cela, elles faisaient comme si elles repliaient le papier et le rendaient au messager invisible

qui l'avait apporté. Bientôt après, revenant à elles, elles racontaient qu'elles avaient reçu une lettre de la sainte Vierge qui leur disait des choses bien aimables ; que, sur son invitation, elles avaient été dans le Paradis, que c'était bien beau. Quand la lettre avait déplu, elles disaient qu'elle venait de l'enfer. Ma fille (Marie) manquait rarement dans cette occasion de dire qu'elle avait des serpents sur son chapeau, ce qui lui causait une grande frayeur, et elle demandait vivement qu'on l'en délivrât.

« Peu à peu, les crises changèrent encore de forme ; les enfants se mirent à gesticuler, à tourner rapidement leurs mains l'une autour de l'autre, à parler, crier, jurer et à faire toutes sortes de contorsions. »

« Toutes deux commencèrent à faire des prédictions. »

« Perronne disait que mes deux autres filles auraient la même maladie dans trois semaines. »

« Ma fille dit à son tour que le père de Perronne l'aurait aussi et qu'il en mourrait. »

Une sœur de Marie, âgée de neuf ans, est prise au milieu de mai.

Quand des crises la prenaient, elle criait, ses yeux tournaient sans cesse, elle se sauvait de la maison et allait grimper sur les arbres.

Elle fut guérie par intimidation, son père menaçant à dessein de la tuer.

Une autre sœur (l'aînée), Juliette, âgée de quinze ans, devint malade vers la fin du même mois de mai.

« Un jour, dit le père, étant dehors, elle sentit une grande douleur à la cuisse droite au-dessus du genou ; en y regardant, elle vit qu'elle avait une énorme plaie au-dessus de la cuisse. Elle eut ensuite une crise très violente et continua d'en avoir presque tous les jours : elle avait mal à l'estomac, et disait qu'elle sentait quelque chose qui lui remontait de l'estomac à la gorge et l'étranglait, que c'étaient des diables, qu'elle en avait sept, et elle disait leurs noms. »

Celle-ci et la cadette ont guéri sans cause connue.

T... (Joseph), âgé de douze ans, intelligent, d'une bonne santé, frère des malades précédentes, est tombé malade au commencement de juin.

Voyant un jour ses trois sœurs en crise, il devint tout à coup comme égaré, s'empara d'un bâton et s'en alla au milieu du ruisseau voisin ; il y resta au moins un quart d'heure à battre l'eau et à retourner les cailloux ; il se laissa ramener sans la moindre résistance.

Plus tard, c'était en revenant de l'enterrement de son père, il monta sur un énorme sapin, sur lequel *personne n'avait pu monter* ; arrivé à la cime, il en cassa l'extrémité la plus déliée, la flèche, et se plaça la tête en bas sur le sommet en chantant et gesticulant.

En huit mois, vingt-sept personnes furent atteintes, ajoute M. Richer; les jeunes filles fournirent toujours le plus fort contingent.

Daus les maisons où il y avait plusieurs filles ou femmes, il était rare, si l'une devenait malade, que les autres ou quelqu'une d'entre elles ne le devînt pas aussi.

LES POSSÉDÉES DE PLEDRAN (1881)

Le Dr Baratoux a adressé à M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès Médical*, la relation suivante au sujet d'une épidémie de possession démoniaque qui venait d'apparaître, disait-on, aux environs de Saint-Brieuc.

Saint-Brieuc, le 28 juin 1885.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelques jours, les journaux de Saint-Brieuc et de Paris ont parlé à diverses reprises d'un fait étrange qui se passe dans les environs de notre ville. Les sept enfants de la famille Morcet qui habite l'hôtel Morin, au village du Grand Hirel, à 4 kilomètres au dela du bourg de Plédran sont, paraît-il possédés par les esprits. « Ces enfants se livreraient jour et nuit à des contorsions extrêmement bizarres; parfois, poussés par une force surnaturelle, ils iraient à toutes jambes se jeter dans un puits situé dans la cour de la ferme

et en remonteraient en se tenant aux parois, comme un singe ; parfois encore, ils grimperaient dans les arbres, graviraient avec une rapidité vertigineuse le sommet de la maison et se livreraient sur le faîte des cheminées à une danse infernale accompagnée de cris sauvages. La plus jeune des filles, âgée de sept mois, prendrait même son élan dans les airs si l'on n'avait pas la précaution de l'attacher à son berceau. » Tels sont les faits rapportés par des personnes sérieuses et dignes de foi — disent les journaux de la localité. Nous-même avons entendu un récit analogue de la bouche des voisins de l'hôtel Morin.

Mais, avant de rapporter les faits que nous avons observés, nous croyons qu'il n'est pas inutile, pour nos lecteurs, de les mettre au courant du pays et des habitudes de Plédran. Ce bourg est situé dans l'intérieur des terres à 9 kilomètres de Saint-Brieuc. C'est à 4 kilomètre au delà que l'on rencontre ce village du Grand-Hirel, qui se compose de trois maisons antiques.

Ces habitations faites de moellons reliés entre eux par de légères couches d'argile, recouvertes d'une toiture de chaume, ne possèdent pas d'étages. Elles se composent d'une seule pièce où hommes et chevaux vivent en commun. A la façade de la maison, qui peut avoir trois mètres d'élévation, au plus, est appuyée une petite étable de près de 2 mètres de hauteur contre laquelle s'appuie un talus de pierres, ce qui permet, en s'aidant de celui-ci, de monter très aisément sur l'étable et de là sur le toit de la maison. A quelques mètres de la maison est creusé un puits d'une construction analogue à celle-ci, Son ouverture est d'environ 75 centimètres et sa profondeur de 5 mètres ; actuellement l'eau ne s'y élève pas à un mètre. La disposition de ce puits permet d'y descendre avec beaucoup de facilité en se tenant aux pierres qui font saillie dans son intérieur, attendu que, comme la maison, il n'est recouvert d'aucun enduit.

« Disons même que les habitants mènent une vie très primitive, qu'ils sont ignorants, crédules et naïfs, leur grande et pour ainsi dire seule distraction de l'hiver est la veillée, où chacun narre un conte où fées et sorciers sont en jeu. C'est pourquoi, dans les faits qui sortent de la vie habituelle, leur imagination vivement frappée, attribue-t-elle à une

influence occulte les effets qu'ils observent. Inutile d'ajouter que ces individus sont sous la domination presqu'exclusive de leur curé et des siens.

« Dès qu'un des enfants eut ressenti les premières atteintes de son mal, chacun le raconta à sa façon en amplifiant outre mesure ce qu'il voyait ou entendait dire, si bien qu'en peu de temps, on répéta qu'on avait jeté une *passée* (un sort) sur les enfants Morcet, qui avaient en même temps subi l'influence de tous les diables et diablotins. Aussi, eut-on recours, mais inutilement, aux secours du clergé qui dit des messes, bénit la maison et les possédés afin de faire cesser l'obsession.
« Le curé de Pléran qui s'était rendu pour cette opération à la ferme du Grand-Hirel, trouva sur le toit Marie-Jeanne, l'aînée de la famille, et comme il l'exhortait à descendre, elle lui répondit dans un langage très colère et l'insulta en ricanant nerveusement », dit la mère.

« Mais, laissons de côté ce récit fantastique et rapportons seulement les renseignements que nous avons obtenus nous-même et les faits qui se sont passés sous nos yeux.

« C'est le 23 février de cette année que Marie-Jeanne Morcet, âgee de quinze ans, a ressenti pour la première fois quelques uns des symptômes qui devaient aller en s'aggravant dans la suite. En effet, ce jour là, elle éprouva un mal de tête violent et de fréquentes envies de vomir. Le lendemain, nous dit sa mère, ses membres supérieurs se mirent en extension forcée le long du corps et restèrent ainsi pendant quatre jours. Le bras gauche recouvra alors ses mouvements, mais le droit ne les reprit que trois jours après, c'est-à-dire le 2 mars. C'est à ce moment qu'eut lieu sa première crise de nerfs ; ses parents se rappellent qu'elle perdit connaissance et qu'elle fit des mouvements désordonnés, analogues à ceux que nous avons pu observer.

Durant cette attaque qui dura une heure, la jeune fille semblait éprouver une grande peur. Les jours suivants, les attaques se renouvelèrerent, mais bientôt elles cessèrent et Marie-Jeanne n'en eut pas du 10 mars au 21 avril ; elle avait seulement de temps en temps une douleur au sommet de la tête et la sensation d'une boule qui remontait du creux épigastrique au cou. Mais, depuis deux mois, les crises

sont revenues plus fortes et plus fréquentes qu'auparavant : nous les décrirons tout à l'heure.

« Le lendemain du jour où Marie-Jeanne retomba dans ses attaques, c'est-à-dire le 22 avril, le troisième des enfants, Pierre, âgé de 11 ans, eut une crise analogue à celle de sa sœur, elle dura quatre heures. Douze jours après, en survint une deuxième de même durée. Contrairement à ses sœurs, Pierre se souvient très bien de ses attaques. Depuis cette époque, il est continuellement agité et nerveux : très irritable, au moindre reproche, il brise tout ce qui lui tombe sous la main.

« Le 23 avril, la deuxième fille, Louise, âgée de treize ans, a eu une attaque de nerfs ressemblant en tous points à celles de sa sœur.

« Le lendemain, c'est-à-dire le 24 avril, le cinquième enfant, Anne-Marie, âgée de six ans, tomba sans connaissance, mais n'eut ni attaque, ni convulsions. Depuis lors, elle en a eu à plusieurs reprises, mais elles n'ont jamais eu l'intensité ni la durée de ses sœurs.

« Le 25, le sixième enfant, Toussaint, âgé de quatre ans, a eu une contracture du bras droit pendant deux jours ; mais après avoir disparu pendant un jour, elle revint le lendemain pour cesser définitivement, le surlendemain, cet enfant n'a pas éprouvé les mêmes phénomènes que ses frères et sœurs, il est seulement très nerveux, nous dit sa mère.

« Chez la dernière fille, âgée de sept mois, nous n'avons pu constater rien d'anormal. Quant aux velléités acrobatiques qu'on lui prête, elles consistent simplement en agitation des membres à la vue des mouvements désordonnés de ses sœurs ; il semble qu'elle prend plaisir à considérer leurs gestes bizarres, qui excitent sa curiosité et l'amusent.

« Reste le quatrième enfant, Toussaint, âgé de huit ans, qui est entré en service dans une ferme voisine, le 10 avril dernier. Depuis ce temps, il a eu quelques étourdissements, il a été aussi obligé de garder le lit plusieurs fois, car les moindres travaux le fatiguent. Il est devenu méchant, et il refuse souvent de garder les vaches qui lui sont confiées. Dernièrement, il lui est arrivé de prendre la queue d'un

cheval pour la tête, et croyant le tirer par la bride, il le prit par la queue, et comme l'animal n'obéissait pas à son commandement et n'avançait pas à son gré, il le frappa à coups redoublés, mais le cheval lui donna une ruade qui le força à rester au lit pendant deux jours chez ses parents. Pendant son séjour à l'hôtel Morin, il ne ressentit aucun phénomène analogue à ceux de ses sœurs, mais revenu chez son maître, il devint très irritable et très nerveux et ne voulut plus faire que le contraire de ce qu'on lui ordonnait. Ainsi, cet enfant a subi seulement un changement de caractère, et de doux qu'il était, il est devenu très méchant et très emporté, mais il n'a jamais eu d'attaques.

« Le jour de notre visite, nous avons pu voir tous les enfants, à l'exception de Jean. Nous ne parlerons pas de ce dernier. Ils étaient tous très excités, à l'exception des deux derniers. A notre arrivée, Marie-Jeanne s'est réfugiée derrière un meuble, mais ayant aperçu sur la cravate d'une personne qui nous acccompagnait une épingle d'où la tête était rouge, elle s'en empara vivement et la ramassa dans une armoire dans laquelle nous pûmes apercevoir une certaine quantité de roses rouges. Cette fille a la sensation du clou hystérique très marquée, elle présente un peu d'hyperesthésie à droite et d'hémianesthésie à gauche, avec douleur ovarienne du même côté. Le violet lui paraît blanc et le vert bleu.

« Louise à une hémianesthésie gauche très prononcée. Le violet lui semble blanc et le rouge jaune.

« Pierre était très énervé et très turbulent, il repoussait violemment ses frères. Bientôt, il descendit dans le puits en s'accrochant à ses parois; mais arrivé à la hauteur de l'eau, il s'arrêta et en sortit au bout d'un quart d'heure environ. De là, il monta sur le toit par le talus et l'étable en se tenant au chaume qui recouvre les habitations; puis il nous lança des pierres et des morceaux d'argile qui, avec la paille forment la toiture de la maison. C'est tout ce que nous avons vu de la danse diabolique exécutée sur le faîte des cheminées.

« Les deux sœurs monteraient aussi sur le toit depuis la fin de mai, et depuis quinze jours descendraient aussi dans le puits ; mais,

pour exécuter ces exercices, elles ne prendraient pas le même chemin que leur frère et auraient recours à une échelle.

« Vers une heure de l'après-midi (c'est l'heure habituelle des crises) l'excitation de Marie-Jeanne était extrême. Elle renversait les personnes qui l'approchaient, ses doigts étaient continuellement en mouvement ; elle tirait nerveusement sur les manches de sa robe et lançait violemment son sabot sur le cheval qui était couché près d'elle. Elle ressentait aussi une boule à la gorge et une douleur dans le ventre. Elle ne tarda pas à perdre connaissance.

« Elle fut prise alors de mouvements de circumduction des membres supérieurs et elle présenta, un instant après, une immobilité tétanique de tout le corps qui dura quelques secondes ; puis les membres et le corps furent animés d'oscillations rapides, auxquelles succédèrent une résolution complète.

« Mais presque aussitôt, elle eut des contorsions bizarres, roula à terre et s'agenouilla pour saisir un sac de blé sous lequel elle se cacha la tête. On essaya en vain de la maintenir en cet état, car elle se débattait avec vigueur, en agitant vivement les membres dans tous les sens. Il est très difficile de décrire ces mouvements désordonnés, tantôt elle rampait sur le parquet, tantôt elle bondissait en remuant la tête. La respiration était haletante, entre-coupée de cris perçants pendant l'inspiration, par moments, elle lacérait ses vêtements : d'autres fois, elle portait la main à la gorge comme pour arracher un corps qui semblait l'étouffer.

Lorsque ces mouvements convulsifs diminuèrent, sa figure, qui était vultueuse et recouverte de salive devint plus calme ; elle prit diverses poses : tantôt elle se penchait en prêtant l'oreille pour écouter un bruit lointain qu'elle nous dira tout à l'heure être celui d'un tambour, d'une musique ; tantôt elle frissonnait, prenait l'attitude craintive, se cachait la tête sous ses vêtements ; elle entendait alors un roulement de chaînes et le bruit d'une fusillade, et voyait le diable escorté d'une armée de démons. Elle appelait encore son parrain et sa grand-mère qui sont morts : « Je veux aller avec vous, » disait-elle. Elle croyait aussi apercevoir la mer remplie de poissons rouges. Tels sont

les récits qu'elle fit à son réveil des visions qu'elle eut pendant sa crise qui dura un quart d'heure. Mais, après un moment de repos, nous vîmes se reproduire les mouvements de circumduction des membres supérieurs et la phase des contorsions. Nous comprimâmes alors l'ovaire gauche ; son attaque cessa, et bientôt la malade reprit connaissance en versant des larmes abondantes. C'est alors qu'elle nous raconta ses visions; elle se plaignait de la partie du ventre sur laquelle nous avions appuyé, en nous adressant une série d'épithètes qui témoignaient de son mécontentement. La veille, Marie-Jeanne avait eu une attaque, ou plutôt une série d'attaques, qui avaient duré de midi à quatre heures. C'est d'ailleurs, la durée habituelle de ses attaques, ainsi que de celles de sa seconde sœur Louise.

« Vers la fin de la crise de Marie-Jeanne, Louise sentant venir la sienne prit un bol rempli d'eau qu'elle se versa sur la tête, ce qui la calma. Les parents Morcet, pour arrêter les crises de leurs enfants emploient un pareil procédé, dès que ceux-ci sentent venir leurs attaques.

« Disons encore que les crises ont lieu presque en même temps chez tous les enfants, mais celles de Anne-Marie sont plus courtes que celles de ses sœurs aînées.

« En résumé, nous voyons que les symptômes observés ressemblent, en tous points, à ceux que l'on constate habituellement chez toutes les personnes atteintes d'hystérie majeure.

« Si le fait qui s'est joué à Plédran a eu autant de retentissement, il faut l'attribuer d'abord à la rareté de la grande hystérie dans nos contrées, et aussi à l'imagination des habitants qui ont largement amplifié les faits dont ils ont été témoins ou dont ils ont entendu parler.

« Ici encore, le diable et les sorciers ne sont pas la cause des troubles dont nous venons de parler ; s'ils existent, c'est dans l'imagination de ceux qui veulent les chasser du corps de ces enfants que l'on ferait mieux de soumettre à un traitement sérieux et régulier qui ferait plus que prières et exorcismes. »

J. Baratoux.

CONCLUSIONS

1° L'hystérie n'est pas rare chez les enfants.

2° L'hérédité est la principale cause prédisposante de l'hystérie infantile.

3° Les troubles des facultés affictives sont un des premiers symptômes de la maladie.

4° La symptomatolagie est la même, à peu de chose près chez l'enfant et chez l'adulte quel que soit leur sexe.

5° Le traitement a plus de chances de réussir chez l'enfant que chez l'adulte.

6° Plus tôt le diagnostic est fait, plus tôt le traitement est institué, moins le pronostic est grave.

7° L'isolement est le mode de traitement le plus actif à opposer à la maladie.

8° L'hystérie infantile revêt quelquefois le caractère épidémique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARMAINGAUD. — Recherches cliniques sur les causes de l'hystérie : relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux dans une école de jeunes filles. Journ. de méd. de Bordeaux, 1879-80, IX, 170; 182.

BATAULT. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse Paris, 1885.

BARRS (A.-G). — A case of hystericæ paraplegia in a boy. The brit. med. J. 25 feb. 1882.

BERNUTZ. — Article « hysterie » in Nouv. dict. de méd et de chir. prat.

BOUCHUT. — Du nervosisme. Paris, 1858.

BOURNEVILLE et D'OLIER. — Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. Progr. méd. Paris, 1880, VIII, 949, 966.

BOURNEVILLE. — Cas d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. Prog. méd. 1882, p. 645-648.

BOURNEVILLE et BONNAIRE. — Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon, guérison par l'hydrothérapie. Arch. de Neurol. Paris, 1884, VII, 86-100.

— Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Paris, 1884.

BEAU. — Recherches statistiques sur l'hystérie et l'épilepsie. Arch. gén. de méd. de Paris, 1836, 2e sér., t. XI, p. 328.

BRACHET. — Traité de l'hystérie. Paris, 1847.

BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.

BRODIE. — Des affections nerveuses locales. Leçons traduites par Douglas Æyre. Progr. méd., 1880.

CARREAU (J.-S.). — Case of hysteria in a boy, eight years old. Am. J. obst, New-York, 1881, XIV, 504.

CERISE. — Des fonctions et des maladies nerveuses.

CHARCOT. — De l'hystérie chez les jeunes garçons. Prog. méd. Paris, 1882, X, 985-1003, nos 50, 51, 52.

— De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Progr. méd., 28 fév. 1885.

— Leçons sur les maladies du système nerveux. Tome III, 1er fasc.

DA COSTA. — Hysteria aud hystero-epilepsy in the male sex; aud hysterical symptonis in brani discases; a clinical lecture. Coll. and clin. Rec. Philadelphia, 1881, II, 1-5.

DESSAU (S.-H.). — Hysteria in boys, wilh the report of a case. Am. J. obst. New-York, 1880, XIII, 935-942.

DESTERNE. — De l'hystérie chez l'homme et de l'emploi des inhalations de chloroforme dans l'accès hystérique. Th. Paris, 1850.

DIAMANTAPOULOS (N.-J.). — ὁ ὑστεισμὸς τοῦ ἄνδρος (ὑπὸ τοῦ ιατροῦ Deny). Ταληνος, Αθῆναο, 1883, Θ', 89-92.

DOCHMANN, A. — Beobartitungen uber hystérie (Sarbüch der Kasaner med. Geselles, 1882, nos 14 et 15 (rune).

ESQUIROL. — Mémoire sur les maladies mentales, 1838.

FABRE. — De l'hystérie chez l'homme. Gaz. méd. de Paris, 1881, 6e série, III, 654, 687, 734.

— De l'hystérie chez l'homme. Ann. med. psych., mai 1875, p. 354.

FAVROT. — Th. Paris, 1844.

FÉRÉ. — La famille névropathique. Arch. de Neurol. Paris, 1884.

FORGET. — Recherches cliniques sur les névroses. Gaz. med. de Paris, 1847.

GEORGET. — Traité des maladies du système nerveux. Paris, 1821.

GERNE. — Diagnostic et traitement des convulsions chez les enfants. Con. méd. Paris, 1882, IV, 554, 558.

GRASSET. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1879.

GREFFIER. — De l'hystérie précoce. Arch. gén. de méd. Paris, 1882, cl. 405-426.

GRASOLLE. — Traité de pathologie interne

GUIRAUD. — Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté. Paris, 1880, p. 48, 4°, n° 146.

HABERMANN. — Hysterische Taubheit, Bliüdheit und hyperesthésie des Olfactorius bei einem jungen Manne. Métallothérapie,

Heilung. Prag. med. Wochnschft, 1880, V, 213, 222.

Hammoud. — Traité des maladies nerveuses. Trad. Labadie-Lagrave, 1875.

Huchard. — Traité des névroses.

Henoch. — Die hysterischen Affektionen der Kinder Wien med. Prene, 1881, XXII, 916-918.

Henriot. — Cas d'hystérie précoce. Union méd. et scient. du Nord-Est. Reims, 1879, III, 363.

Jugle. — Notes of a case of hysteria in a bay. — Lancet Lond, 1883, II, 106 et Brit. med. J. Lond, 1883, II, 167.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Jacobi A. — Fall von neurotischer (hysterischer) rechtseitiger Hemiplegie bei einam Kueben Sahrbü cher fur Kinderheilkunde 1876, X, 373.

Jannet. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, Paris, 1880.

Jones. — Infantile hysteria. Mississipi, Valley, M. Mouth, Memphis, 1881, I, 108-110.

Kempf E.-J. — Hystero-epilepsy in a bay ten years of age. Med. News, Philadelphia, 1883, 89-91.

Klein A. — De l'hystérie chez l'homme. Th., Paris, 1880.

Köbner. — Lur Casuistik der Hysterie im Kindesalter. Deutsches Arch. für Klin. Med. Bd. 35 s., 524.

Landoury. — Traité de l'hystérie, 1848.

» Mémoires de la Soc. de Biol. de Paris, Séance du 13 mars, 1875.

Lasègue. — Actes de la Soc. méd. des hôpit. 1855.

Legrand du Saulle. — Les hystériques. Paris, 1883.

Lepois. — Selectæ observationes et consil., etc. Pont à Mousson, 1618.

Louyer-Villermay. — Traité des maladies nerveuses ou vapeurs, etc., 1816. Art. « hystérie » du dict. des sc. méd., t. XXIII.

« Traité de l'hypochondrie et de l'hystérie t. 1er, p. 6.

Maricourt. — Hystérie chez l'homme. Th. Paris, 1877.

Marmisse. — Hystérie à forme intermittente ou fièvre intermittente hystérique chez un garçon de 14 ans. Gaz. méd. de Bordeaux 1876, n° 4, p. 75.

Martin. — Cas d'hystérie chez un jeune garçon. France méd., 1877, p. 705.

Monneret. — Art. « hystérie » in compendium de méd. prat.

Moreau (de Tours). — Psychologie morbidé.

Olier (d'). — De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes) considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme (Ann. méd. psych. Paris 1881, 6e série, Vl, 192-226). — Paris, De l'hystérie chez les petites filles. Thèse 1880, 54 p. 4° n° 83.

Paulmier. — De l'hystérie chez l'homme Th. Paris 1876.

Pinel. — Traité de pathologie cérébrale.

Piorry. — Mémoire sur les névroses.

Pomme. — Traité des affections vaporeuses des deux sexes. Lyon, 1760.

Richer (P.). — Étude sur l'hystéro-épilepsie, le somnambulisme, le magnétisme et l'hypnotisme, etc., Paris (2e édit. 1885).

Riégel. — Zur Lehre Vorsdien hysterischen affectionnes der Kinder. ltschr. f. Klin, med. Berl. 1883, Vl, 453-475.

Roberts W. — Cases of hysteries in boys. Practitioner-Loudan, 1879, XXlll, 339, 345.

Sandras. — Traité des maladies nerveuses, 1851.

Schmids. — Ueber das Vor hommen der Hysterie bei Kinder, Iahrb. f. Kindern, Leips., 1880, n. F. XV, 1-22.

Strünspell A. — Krankheiten des Newensystems Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipsig, 1884.

Sydenham. — Schedulæ monitoriæ, etc., t. 1, p. 384.

Thompson. — A case of hysteria, wilh contraction of the lower limbs, anœsthesia and ıschemier, in a boy. Tr. clin. soc., London, 1878, 5, 13.

West (Ch.). — Leçons sur les maladies des enfants (Trad. d'Archambault).

Wilks S. — Lectures on deseases of the nervans system, delivered at Guy's hospital. London, 1883.

Imprimerie C. LEBAS. — Paris, boulev. Saint-Michel, 52.